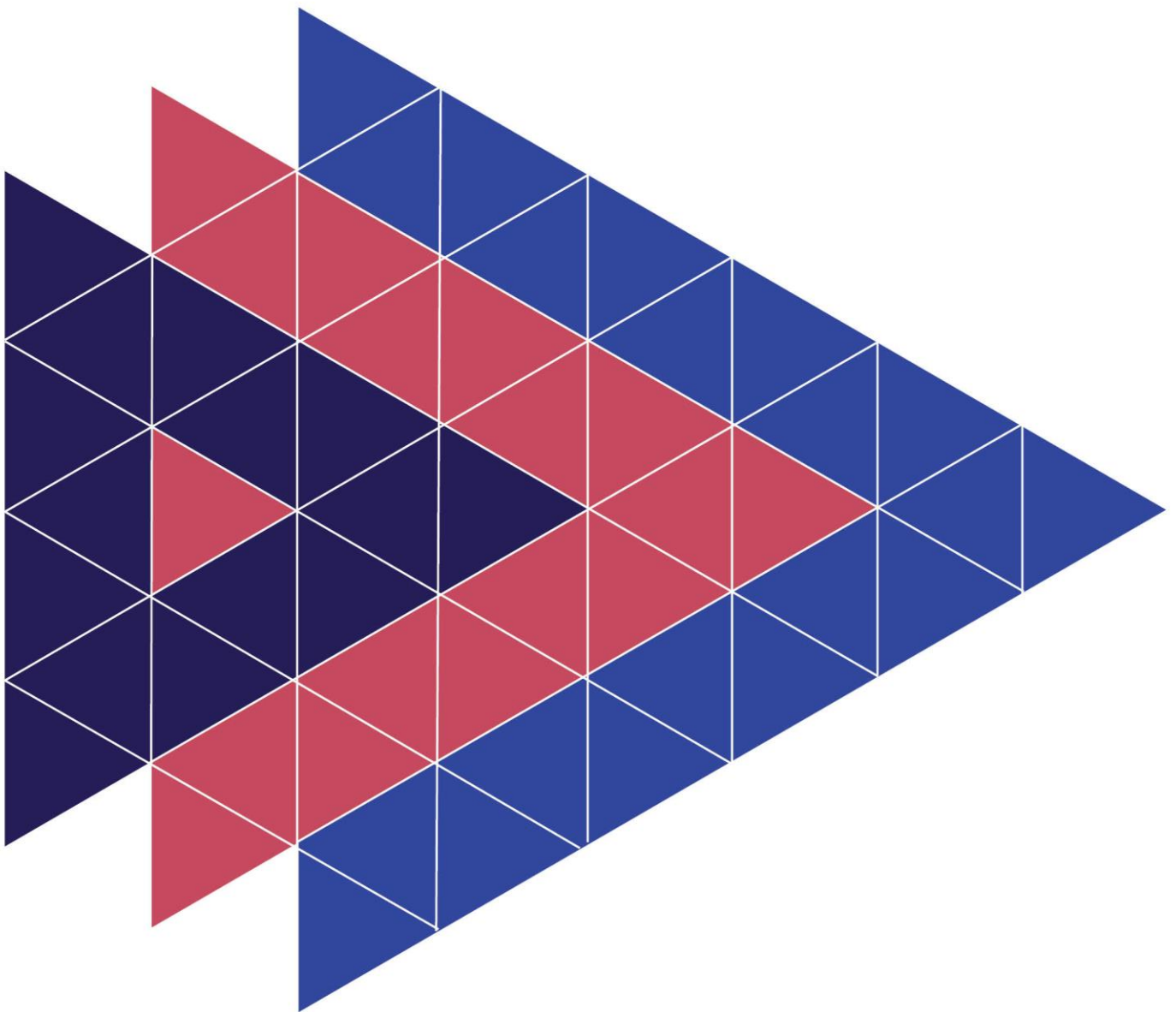




Organización
Internacional
del Trabajo

► Encuestas independientes sobre trabajo infantil

Modelo de cuestionario



► Encuestas independientes sobre trabajo infantil

Modelo de cuestionario



La presente obra es un documento de acceso abierto con arreglo a la licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es>). Tal como se detalla en dicha licencia, los usuarios pueden reproducir, distribuir, adaptar y desarrollar el contenido de la obra original, a condición de que se mencione claramente que la OIT es la titular de la obra original. Los usuarios no están autorizados a reproducir el emblema de la OIT en sus obras.

Atribución de la titularidad – La obra debe citarse como sigue: FUNDAMENTALS, *Encuestas independientes sobre trabajo infantil: Modelo de cuestionario*, Ginebra: Organización Internacional del Trabajo, 2022.

Traducciones – En caso de que se traduzca la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente traducción no es obra de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ni debe considerarse una traducción oficial de la OIT. La OIT no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción.*

Adaptaciones – En caso de que se adapte la presente obra, deberá añadirse, además de la atribución de la titularidad, el siguiente descargo de responsabilidad: *La presente publicación es una adaptación de una obra original de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT). Las opiniones y puntos de vista expresados en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de su autor o autores, y en ningún caso de la OIT.*

Todas las consultas sobre derechos y licencias deberán dirigirse a la Unidad de Publicaciones de la OIT (Derechos de autor y licencias), CH-1211 Ginebra 22 (Suiza) o por correo electrónico a rights@ilo.org.

ISBN: 978-92-2-036931-9 (PDF web)

Publicado también en inglés: *Child labour stand-alone surveys: Model questionnaire*, ISBN: 978-92-2-036764-3 (PDF web), Ginebra, 2022.

Las denominaciones empleadas en las publicaciones de la OIT, que están en concordancia con la práctica seguida en las Naciones Unidas, y la forma en que aparecen presentados los datos no implican juicio alguno por parte de la Oficina Internacional del Trabajo sobre la condición jurídica de ninguno de los países, zonas o territorios citados o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras.

La responsabilidad de las opiniones expresadas en los artículos, estudios y otras colaboraciones firmados incumbe exclusivamente a sus autores, y su publicación no significa que la OIT las suscriba.

Las referencias a firmas o a procesos o productos comerciales no implican aprobación alguna por la Oficina Internacional del Trabajo, y el hecho de que no se mencionen firmas o procesos o productos comerciales no implica desaprobación alguna.

Para más información sobre las publicaciones y los productos digitales de la OIT, visite nuestro sitio web: www.ilo.org/publns.

Agradecimientos

Esta publicación ha sido elaborada por la Unidad de Investigación y Evaluación del Servicios de FUNDAMENTALS bajo la coordinación de Federico Blanco Allais. Los miembros del equipo principal fueron Michaëlle De Cock, Scott Lyon, Lorenzo Guarcello, Gabriella Breglia y Francesca Francavilla.

El equipo desea agradecer a Diane Steele (consultora independiente) por su inestimable contribución en la finalización del modelo de cuestionario de las encuestas independientes sobre trabajo infantil y la redacción del manual del entrevistador y la guía de adaptación nacional para las entrevistas de papel y lápiz (PAPI). El equipo está en deuda con el Departamento de Estadística de la OIT, en particular con Elisa Benes, por su participación en varias discusiones y por proporcionar comentarios que contribuyeron al proceso de desarrollo del cuestionario y su documentación. El equipo desea también agradecer a Nicola Pocock (Lumos Foundation), Nambusi Kyegombe (London School of Hygiene and Tropical Medicine) y Cathy Zimmerman (London School of Hygiene and Tropical Medicine) por su contribución al módulo de trabajo peligroso. Por último, nos gustaría agradecer a los miembros del Consejo Consultivo Internacional (IAB) del proyecto MAP16 sus detallados comentarios y sugerencias.

Esta publicación de la OIT ha sido posible gracias a la financiación del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de América (USDOL), en el marco del acuerdo de cooperación núm. IL-32462-18-75-K del proyecto "From Research to Action: Using Knowledge to Accelerate Progress in the Elimination of Child Labour and Forced Labour" (proyecto RTA) (GLO/18/20/USA) y del acuerdo de cooperación núm. L-30147-16-75-K-11 del proyecto "Measurement, awareness-raising and policy engagement to accelerate action against child labour and forced labour" (proyecto MAP16) (GLO/18/29/USA). El cien por ciento de los costos del proyecto RTA (3.360.000 de dólares de los EE.UU.) y del proyecto MAP16 (22.400.000 de dólares de los EE.UU.) se financian con fondos federales.

Su contenido no refleja necesariamente las opiniones o políticas del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos de América, y la mención en el mismo de marcas registradas, productos comerciales u organizaciones no implica que el Gobierno de los Estados Unidos de América los apruebe o respalde.

Visite nuestro sitio web: www.ilo.org/trabajoinfantil

Disponible únicamente en formato PDF.

Diseño gráfico por Antonella Bologna, Turín, Italia.

► Índice

Convenciones generales	2
► Listado de Miembros del Hogar y Datos Demográficos (DEM)	3
► Educación (EDU)	9
► Formas de Trabajo (FOW)	13
► Vivienda (HOU)	35

Convenciones generales

Convenciones utilizadas en los modelos de cuestionarios para encuestas de la población activa de la OIT destinados a su uso en entrevistas con papel y lápiz

- **Texto normal:** Indica el texto que debe leer (el/la) entrevistador(a).
- ***Cursiva:*** Indica las instrucciones o ayudas destinadas (al/a la) entrevistador(a); no deben leerse en voz alta.
- **MAYÚSCULAS:** Indica las categorías de respuesta y los filtros. Este texto no debe leerse en voz alta.
- **(Texto entre paréntesis):** Indica formulaciones alternativas o alternativas lingüísticas separadas por una barra inclinada.
- **[*Cursiva*]:** Indica expresiones que (el/la) entrevistador(a) debe sustituir por la expresión pertinente.
- **[Texto en azul]:** Indica las preguntas que pueden incluirse/excluirse teniendo en cuenta las circunstancias nacionales.
- **[Texto en rojo]:** Indica el texto que debe adaptarse teniendo en cuenta las circunstancias nacionales.
- **Negrita:** Indica los números de las preguntas, los títulos de las secciones, las instrucciones de pase y otros elementos estructurales.

► Listado de Miembros del Hogar y Datos Demográficos (DEM)

	<p>Entrevistador(a): Este módulo que contiene el listado de miembros del hogar y los datos demográficos debe administrarse a un miembro adulto del hogar. De preferencia, debe entrevistarse (al/a la) jefe(a) del hogar. Si (el/la) jefe(a) del hogar está ausente, pida hablar con otra persona adulta que pueda proporcionar información sobre todos los miembros del hogar. Recopile los datos de todos los miembros del hogar antes de pasar al siguiente módulo.</p>
	<p>Entrevistador(a): Lea la introducción que figura en el siguiente recuadro. Si (el/la) informante tuviera alguna pregunta, responda de forma detallada y explique el motivo y la finalidad de la encuesta.</p>
INICIO DE LA ENTREVISTA	<p>“Buenos días. Me llamo [nombre (del/de la) entrevistador(a)]. Trabajo para [nombre de la agencia]. Me gustaría conversar con una persona adulta que viva en este hogar y pueda proporcionar información sobre el hogar y todos sus miembros”.</p> <hr/> <p>VERIFIQUE: si ningún miembro adulto del hogar está disponible, concierte una cita; de lo contrario, prosiga.</p>
	<p>LEA LO SIGUIENTE: “[Este hogar ha sido seleccionado para participar en una encuesta realizada por el gobierno sobre las actividades de los niños, incluidas las diferentes formas de trabajo que realizan. Esta encuesta se está llevando a cabo en todo el país con el fin de determinar la magnitud, la naturaleza y las características del trabajo que realizan los niños, y ofrecer datos que permitan diseñar programas y políticas de intervención adecuados para el país. La información que usted proporcione tiene carácter confidencial y se utilizará únicamente en el marco de esta encuesta para ayudar a comprender mejor cómo viven los habitantes de esta zona y los trabajos que realizan. Su participación es [voluntaria/obligatoria por ley]. La encuesta durará aproximadamente [min] minutos.</p> <p>Antes de empezar con la encuesta propiamente dicha, necesitaría que me facilite algunos datos sobre los miembros de este hogar...”</p>
DEM_01	<p>Número de renglón de cada miembro del hogar.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">PPNO#</p>
DEM_02	<p>Por favor, dígame el nombre cada uno de los miembros de este hogar, empezando por (el/la) jefe(a) del hogar. Me refiero a todas las personas que viven en esta vivienda, comparten sus recursos y comen juntos al menos una vez al día. No es necesario que sean miembros de la familia, basta con que vivan aquí, compartan sus recursos y coman juntos.</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">NOMBRE DE LA PERSONA 1</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">NOMBRE DE LA PERSONA 2</p> <p style="text-align: right;">_____</p> <p style="text-align: right;">NOMBRE DE LA PERSONA N</p>

DEM_03	Entrevistador(a): Anote el código de identificación de la persona que proporciona la información sobre los miembros del hogar.	_____		
		CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL/DE LA INFORMANTE		
DEM_04	¿Qué relación/parentesco tiene (usted/[nombre]) con (el/la) jefe(a) del hogar?	JEFE(A) DEL HOGAR	01 <input type="checkbox"/>	
		ESPOSO(A) (DEL/DE LA) JEFE(A) DEL HOGAR	02 <input type="checkbox"/>	
		HIJO(A)/NIÑO(A) ADOPTADO(A)	03 <input type="checkbox"/>	
		NIETO(A)	04 <input type="checkbox"/>	
		SOBRINO(A)	05 <input type="checkbox"/>	
		PADRE/MADRE	06 <input type="checkbox"/>	
		HERMANO(A)	07 <input type="checkbox"/>	
		YERNO/NUERA	08 <input type="checkbox"/>	
		CUÑADO(A)	09 <input type="checkbox"/>	
		ABUELO(A)	10 <input type="checkbox"/>	
		SUEGRO(A)	11 <input type="checkbox"/>	
		OTRO PARENTESCO	12 <input type="checkbox"/>	
		CRIADO(A) O PARIENTE (DEL/DE LA) CRIADO(A)	13 <input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE	14 <input type="checkbox"/>	
DEM_05	(¿Sexo?/¿Es [nombre] hombre o mujer?) Entrevistador(a): No deduzca el sexo por el nombre de la persona. Haga siempre esta pregunta.	MASCULINO	01 <input type="checkbox"/>	
		FEMENINO	02 <input type="checkbox"/>	
DEM_06	¿Cuál es la fecha de nacimiento de (usted/[nombre])?	____/____/____ DD MM AAAA		
		Anote "97/97/9997" si responde que no sabe		
DEM_07	¿Tiene (usted/[nombre]) una partida de nacimiento o documento de identidad oficial?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ DEM_09
DEM_08	Entrevistador(a): Pida la partida de nacimiento o el documento de identidad para consultarlo. Anote si ha consultado o no el documento.	SE CONSULTÓ EL DOCUMENTO	01 <input type="checkbox"/>	
		NO SE CONSULTÓ EL DOCUMENTO	02 <input type="checkbox"/>	
DEM_09	¿Cuántos años tiene (usted/[nombre])? Entrevistador(a): Anote la edad en años cumplidos	_____	EDAD	Si tiene de 0 a 11 años → DEM_13
		Anote "00" si es menos de 1 año		

PREGUNTAS PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE >=12 AÑOS			
DEM_10	¿Cuál es el estado civil de (usted/[nombre])?	CASADO(A)	01 <input type="checkbox"/>
		[CASADO(A) EN RÉGIMEN DE POLIGAMIA]	02 <input type="checkbox"/>
		UNIÓN NO FORMAL	03 <input type="checkbox"/>
		SEPARADO(A)	04 <input type="checkbox"/>
		DIVORCIADO(A)	05 <input type="checkbox"/>
		VIUDO(A)	06 <input type="checkbox"/> → DEM_13
		SOLTERO(A) (NUNCA HA ESTADO CASADO(A))	07 <input type="checkbox"/> → DEM_13
DEM_11	¿Vive en el hogar (el/la) esposo(a) o pareja de (usted/[nombre])?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → DEM_13
DEM_12	¿Quién es (el/la) esposo(a)/pareja de (usted/[nombre])? Entrevistador(a): Copie el código de identificación (del/de la) esposo(a)/pareja de la persona. En caso de poligamia, anote el código de identificación de la esposa principal.	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN (DEL/DE LA) ESPOSO(A)/PAREJA	

PREGUNTAS PARA TODOS LOS MIEMBROS			
DEM_13	¿Vive en el hogar el padre natural de (usted/[nombre])?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → DEM_15
DEM_14	¿Quién es el padre natural de (usted/[nombre])? Entrevistador(a): Copie el código de identificación del padre natural de la persona	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DEL PADRE NATURAL	

DEM_15	¿Vive la madre natural de (usted/[nombre]) en el hogar?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → DEM_17
DEM_16	¿Quién es la madre natural de (usted/[nombre])? Entrevistador(a): Copie el código de identificación de la madre natural de la persona	CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE NATURAL	

DEM_17	¿Cuál es el origen étnico (usted/[nombre])?	[ORIGEN ÉTNICO]	01 <input type="checkbox"/>
		[ORIGEN ÉTNICO]	02 <input type="checkbox"/>
		[ORIGEN ÉTNICO]	03 <input type="checkbox"/>
		[ORIGEN ÉTNICO]	04 <input type="checkbox"/>
		[ORIGEN ÉTNICO]	05 <input type="checkbox"/>
		[ORIGEN ÉTNICO]	06 <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE	07 <input type="checkbox"/>

DEM_18	En los últimos 12 meses (desde [mes/año]), ¿cuántos meses ha vivido (usted/[nombre]) en este hogar?	_____	SI LA RESPUESTA ES 12 →DEM_20
		NÚMERO DE 0 A 12	
DEM_19	¿Cuál es la razón principal por la que (usted/[nombre]) vive en este hogar?	NACIMIENTO	01 <input type="checkbox"/>
		MATRIMONIO	02 <input type="checkbox"/>
		SEGURIDAD/AMENAZAS	03 <input type="checkbox"/>
		OPORTUNIDADES DE TRABAJO	04 <input type="checkbox"/>
		CONTINUAR LOS ESTUDIOS	05 <input type="checkbox"/>
		AYUDAR EN EL HOGAR	06 <input type="checkbox"/>
		DESTRUCCIÓN/OCUPACIÓN DE LA PROPIEDAD	07 <input type="checkbox"/>
		CARENCIA DE TIERRA	08 <input type="checkbox"/>
		HUÉRFANO(A)	09 <input type="checkbox"/>
		FORZADO(A) FÍSICAMENTE A MARCHARSE	10 <input type="checkbox"/>
		EN BUSCA DE ATENCIÓN SANITARIA	11 <input type="checkbox"/>
		RETORNO DESDE OTRO LUGAR	12 <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE	13 <input type="checkbox"/>

		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

PREGUNTAS PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE >=5 AÑOS



LEA LO SIGUIENTE:

“Las siguientes preguntas se refieren a las dificultades que tiene (usted/[nombre]) para realizar ciertas actividades debido a un problema de salud”.


DEM_20	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para ver, aunque use anteojos? ¿Diría que...?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
DEM_21	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para oír, aunque utilice audífonos?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>

DEM_22	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para caminar o subir escaleras?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
DEM_23	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para recordar o concentrarse?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
DEM_24	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para el cuidado personal, por ejemplo, para lavarse por completo o vestirse?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
DEM_25	¿Tiene (usted/[nombre]) dificultades para comunicarse en su idioma, por ejemplo, para entender o hacerse entender?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		NO, NINGUNA DIFICULTAD	01 <input type="checkbox"/>
		SÍ, ALGUNA DIFICULTAD	02 <input type="checkbox"/>
		SÍ, MUCHA DIFICULTAD	03 <input type="checkbox"/>
		NO PUEDO(E) HACERLO EN ABSOLUTO	04 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
MIGRACIÓN			
<i>PREGUNTAS PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE >=5 AÑOS</i>			
DEM_26	Cuando (usted/[nombre]) nació, ¿vivía en [lugar de residencia actual]?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
DEM_27	¿Ha vivido (usted/[nombre]) alguna vez en otro lugar, por ejemplo, en otro pueblo, otra ciudad o el extranjero, durante tres o más meses consecutivos?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
DEM_28	¿Dónde fue el último lugar en el que vivió (usted/[nombre]) antes de vivir en [lugar de residencia actual]?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		OTRO LUGAR EN EL MISMO PAÍS	01 <input type="checkbox"/>
		OTROS PAÍSES	02 <input type="checkbox"/>

→**Siguiente persona**

		OTROS, ESPECIFIQUE _____	03 <input type="checkbox"/>
DEM_29	¿En qué año llegó (usted/[nombre]) a vivir a [lugar de residencia actual]?	_____	
		AÑO	
		Anote "9997" si responde que no sabe	
DEM_30	¿Cuál fue el principal motivo que tuvo (usted/[nombre]) para mudarse a [lugar de residencia actual] desde el último lugar donde vivía?	ACEPTAR UN TRABAJO	01 <input type="checkbox"/>
		TRASLADO DE PUESTO DE TRABAJO	02 <input type="checkbox"/>
		BUSCAR TRABAJO REMUNERADO	03 <input type="checkbox"/>
		ESTUDIAR	04 <input type="checkbox"/>
		MATRIMONIO	05 <input type="checkbox"/>
		LA FAMILIA SE MUDÓ/IR A VIVIR CON LA FAMILIA	06 <input type="checkbox"/>
		TRATAMIENTO MÉDICO, SALUD	07 <input type="checkbox"/>
		CONFLICTO, INSEGURIDAD	08 <input type="checkbox"/>
		CATÁSTROFE NATURAL	09 <input type="checkbox"/>
		ESTILO DE VIDA, COSTO DE LA VIDA	10 <input type="checkbox"/>
		REGRESO AL HOGAR	11 <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	12 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>

► Educación (EDU)

	<p>Entrevistador(a): Este módulo se administra a todos miembros del hogar que tienen 5 años o más. Todos deben responder por sí mismos, salvo los niños de entre 5 y 11 años, los miembros del hogar que no puedan responder por sí mismos por razones de enfermedad, discapacidad o edad y aquellos que no estén disponibles en el momento de la entrevista. En esos casos excepcionales, pida a una persona adulta del hogar que conozca a la persona que responda en su lugar. Si un miembro del hogar no está disponible en el momento de la entrevista, intente concertar una cita para entrevistarlos más adelante antes de recurrir a otro miembro del hogar para que responda en su lugar.</p>																																	
PREGUNTAS PARA LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE 5 AÑOS O MÁS																																		
EDU_00	<i>Entrevistador(a):</i> Anote el código de identificación de la persona que proporciona la información.	_____ CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA																																
EDU_01	¿(Has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) alguna vez a la escuela?	SÍ 01 <input type="checkbox"/> NO 02 <input type="checkbox"/>		→ EDU_03																														
EDU_02	¿Cuál es la razón principal por la que nunca (has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela? <i>Entrevistador(a):</i> Pase al siguiente módulo después de anotar la respuesta.	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td style="text-align: right;">DEMASIADO JOVEN</td><td style="text-align: right;">01 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD</td><td style="text-align: right;">02 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS</td><td style="text-align: right;">03 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">LA FAMILIA NO PERMITÍA LA ESCOLARIZACIÓN</td><td style="text-align: right;">04 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA</td><td style="text-align: right;">05 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">LA EDUCACIÓN NO SE CONSIDERA VALIOSA</td><td style="text-align: right;">06 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">LA ESCUELA NO ES SEGURA PARA APRENDER UN TRABAJO</td><td style="text-align: right;">07 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PARA TRABAJAR A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN</td><td style="text-align: right;">08 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PARA TRABAJAR COMO TRABAJADOR NO REMUNERADO EN EL NEGOCIO/LA GRANJA FAMILIAR</td><td style="text-align: right;">09 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PARA AYUDAR EN CASA CON LAS TAREAS DOMÉSTICAS</td><td style="text-align: right;">10 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES</td><td style="text-align: right;">11 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">OTROS, ESPECIFIQUE _____</td><td style="text-align: right;">12 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">NO SABE</td><td style="text-align: right;">13 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">NO CONTESTA</td><td style="text-align: right;">97 <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td style="text-align: right;"></td><td style="text-align: right;">98 <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	DEMASIADO JOVEN	01 <input type="checkbox"/>	DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD	02 <input type="checkbox"/>	NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	03 <input type="checkbox"/>	LA FAMILIA NO PERMITÍA LA ESCOLARIZACIÓN	04 <input type="checkbox"/>	NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	05 <input type="checkbox"/>	LA EDUCACIÓN NO SE CONSIDERA VALIOSA	06 <input type="checkbox"/>	LA ESCUELA NO ES SEGURA PARA APRENDER UN TRABAJO	07 <input type="checkbox"/>	PARA TRABAJAR A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN	08 <input type="checkbox"/>	PARA TRABAJAR COMO TRABAJADOR NO REMUNERADO EN EL NEGOCIO/LA GRANJA FAMILIAR	09 <input type="checkbox"/>	PARA AYUDAR EN CASA CON LAS TAREAS DOMÉSTICAS	10 <input type="checkbox"/>	NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	11 <input type="checkbox"/>	OTROS, ESPECIFIQUE _____	12 <input type="checkbox"/>	NO SABE	13 <input type="checkbox"/>	NO CONTESTA	97 <input type="checkbox"/>		98 <input type="checkbox"/>		→ DESPUÉS DE RESPONDER LA PREGUNTA FOW_00
DEMASIADO JOVEN	01 <input type="checkbox"/>																																	
DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD	02 <input type="checkbox"/>																																	
NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	03 <input type="checkbox"/>																																	
LA FAMILIA NO PERMITÍA LA ESCOLARIZACIÓN	04 <input type="checkbox"/>																																	
NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	05 <input type="checkbox"/>																																	
LA EDUCACIÓN NO SE CONSIDERA VALIOSA	06 <input type="checkbox"/>																																	
LA ESCUELA NO ES SEGURA PARA APRENDER UN TRABAJO	07 <input type="checkbox"/>																																	
PARA TRABAJAR A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN	08 <input type="checkbox"/>																																	
PARA TRABAJAR COMO TRABAJADOR NO REMUNERADO EN EL NEGOCIO/LA GRANJA FAMILIAR	09 <input type="checkbox"/>																																	
PARA AYUDAR EN CASA CON LAS TAREAS DOMÉSTICAS	10 <input type="checkbox"/>																																	
NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	11 <input type="checkbox"/>																																	
OTROS, ESPECIFIQUE _____	12 <input type="checkbox"/>																																	
NO SABE	13 <input type="checkbox"/>																																	
NO CONTESTA	97 <input type="checkbox"/>																																	
	98 <input type="checkbox"/>																																	

EDU_03	¿Cuántos años (tenías cuando asististe/tenía (usted/[nombre]) cuando asistió) a la escuela por primera vez?	_____ EDAD EN AÑOS		
EDU_04	En algún momento del año escolar anterior, ¿(asististe/asistió (usted/[nombre])) a la escuela o a algún programa de educación para la primera infancia?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ EDU_06
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
EDU_05	Durante el año escolar anterior, ¿cuál es el nivel/grado al que (asististe/asistió (usted/[nombre]))?	[MENOS DE LA PRIMARIA]	01 <input type="checkbox"/>	→ DESPUÉS DE RESPONDER LA PREGUNTA EDU_07
		[PRIMARIA]	02 <input type="checkbox"/>	
		[PRIMER CICLO DE SECUNDARIA]	03 <input type="checkbox"/>	
		[SEGUNDO CICLO DE SECUNDARIA]	04 <input type="checkbox"/>	
		[POSTSECUNDARIA NO Terciaria]	05 <input type="checkbox"/>	
		[Terciaria]	06 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
EDU_06	¿Cuál es la razón principal por la que (no asististe/no asistió (usted/[nombre])) a la escuela durante el año escolar anterior?	DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD	01 <input type="checkbox"/>	
		NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	02 <input type="checkbox"/>	
		LA FAMILIA NO PERMITÍA LA ESCOLARIZACIÓN	03 <input type="checkbox"/>	
		NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	04 <input type="checkbox"/>	
		LA EDUCACIÓN NO SE CONSIDERA VALIOSA	05 <input type="checkbox"/>	
		LA ESCUELA NO ES SEGURA	06 <input type="checkbox"/>	
		PARA APRENDER UN TRABAJO	07 <input type="checkbox"/>	
		PARA TRABAJAR A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN	08 <input type="checkbox"/>	
		PARA TRABAJAR COMO TRABAJADOR NO REMUNERADO EN EL NEGOCIO/LA GRANJA FAMILIAR	09 <input type="checkbox"/>	
		PARA AYUDAR EN CASA CON LAS TAREAS DOMÉSTICAS	10 <input type="checkbox"/>	
		NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	11 <input type="checkbox"/>	
		TERMINÓ LA ESCUELA	12 <input type="checkbox"/>	→ EDU_14
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	13 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	
EDU_07	En algún momento del año escolar en curso, ¿(has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela o a algún programa de educación para la primera infancia?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ EDU_09
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
EDU_08	Durante el año escolar en curso, ¿a qué nivel/grado (estás asistiendo/está asistiendo (usted/[nombre]))?	[MENOS DE LA PRIMARIA]	01 <input type="checkbox"/>	→ DESPUÉS DE RESPONDER LA
		[PRIMARIA]	02 <input type="checkbox"/>	
		[PRIMER CICLO DE SECUNDARIA]	03 <input type="checkbox"/>	

		[SEGUNDO CICLO DE SECUNDARIA]	04 <input type="checkbox"/>	PREGUNTA EDU_10
		[POSTSECUNDARIA NO TERCIARIA]	05 <input type="checkbox"/>	
		[TERCIARIA]	06 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
EDU_09	¿Cuál es la razón principal por la que (no estás asistiendo/no está asistiendo (usted/[nombre])) a la escuela en el año en curso?	DISCAPACIDAD/ENFERMEDAD	01 <input type="checkbox"/>	→ DESPUÉS DE RESPONDER LA PREGUNTA EDU_14
		NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	02 <input type="checkbox"/>	
		LA FAMILIA NO PERMITÍA LA ESCOLARIZACIÓN	03 <input type="checkbox"/>	
		NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	04 <input type="checkbox"/>	
		LA EDUCACIÓN NO SE CONSIDERA VALIOSA	05 <input type="checkbox"/>	
		LA ESCUELA NO ES SEGURA	06 <input type="checkbox"/>	
		PARA APRENDER UN TRABAJO	07 <input type="checkbox"/>	
		PARA TRABAJAR A CAMBIO DE UNA REMUNERACIÓN	08 <input type="checkbox"/>	
		PARA TRABAJAR COMO TRABAJADOR NO REMUNERADO EN EL NEGOCIO/LA GRANJA FAMILIAR	09 <input type="checkbox"/>	
		PARA AYUDAR EN CASA CON LAS TAREAS DOMÉSTICAS	10 <input type="checkbox"/>	
		NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	11 <input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	12 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	
EDU_10	¿(Has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela la semana pasada, es decir, del [día] al [día]?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ EDU_13
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
EDU_11	¿Cuántos días (has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela la semana pasada?	_____ NÚMERO DE DÍAS		
EDU_12	¿Cuántas horas (has asistido/ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela la semana pasada?	_____ NÚMERO DE HORAS AL DÍA		→ EDU_14
EDU_13	¿Por qué (no has asistido/no ha asistido (usted/[nombre])) a la escuela la semana pasada?	FESTIVOS	01 <input type="checkbox"/>	
		ENFERMEDAD	02 <input type="checkbox"/>	
		TRABAJO	03 <input type="checkbox"/>	
		LA ESCUELA NO ES ÚTIL PARA EL FUTURO	04 <input type="checkbox"/>	
		NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	05 <input type="checkbox"/>	
		NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	06 <input type="checkbox"/>	
		NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	07 <input type="checkbox"/>	

		DEMASIADO JOVEN	08 <input type="checkbox"/>	
		NO HAY CLASES	09 <input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	10 <input type="checkbox"/>	
EDU_14	¿Cuál es el grado más alto que (has alcanzado/ha alcanzado (usted/[nombre])) en la escuela? <i>Entrevistador(a): Debe ser inferior al grado que cursa actualmente si (el/la) informante/la persona sobre la que se recaba información está escolarizada.</i>	[MENOS DE LA PRIMARIA]	01 <input type="checkbox"/>	
		[PRIMARIA]	02 <input type="checkbox"/>	
		[PRIMER CICLO DE SECUNDARIA]	03 <input type="checkbox"/>	
		[SEGUNDO CICLO DE SECUNDARIA]	04 <input type="checkbox"/>	
		[POSTSECUNDARIA NO TERCIARIA]	05 <input type="checkbox"/>	
		[TERCIARIA]	06 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
EDU_15	¿Cuál es el diploma de más alto nivel que (has obtenido/ha obtenido (usted/[nombre]))?	[ABANDONÓ LA ESCUELA EN LA PRIMARIA]	01 <input type="checkbox"/>	
		[SECUNDARIA]	02 <input type="checkbox"/>	
		[POSTSECUNDARIA NO TERCIARIA]	03 <input type="checkbox"/>	
		[BACHILLER]	04 <input type="checkbox"/>	
		[MÁSTER]	05 <input type="checkbox"/>	
		[DOCTORADO]	06 <input type="checkbox"/>	
		[MÉDICO, ABOGADO]	07 <input type="checkbox"/>	
		NINGUNO	08 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
EDU_16	¿(Has repetido/ha repetido (usted/[nombre])) de grado alguna vez?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→FOW_00
EDU_17	¿Cuántas veces (has repetido/ha repetido (usted/[nombre])) de grado? <i>Entrevistador(a): Sume el número total de veces que se ha repetido algún grado</i>	_____ NÚMERO		→FOW_00

► Formas de Trabajo (FOW)

Entrevistador(a): Este módulo se administra a todos miembros del hogar de 5 a 17 años. Todas las personas mayores de 12 años deben responder por sí mismos. Un miembro adulto del hogar deberá responder en el caso de los niños de 5 a 11 años. Si un miembro del hogar no está disponible en el momento de la entrevista, intente concertar una cita para entrevistarlos más adelante antes de recurrir a otro miembro del hogar para que responda en su lugar.

FOW_00 **Entrevistador(a):**
Anote el código de identificación de la
persona que proporciona la información

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA
PERSONA ENTREVISTADA

OCUPACIÓN

PREGUNTAS PARA TODOS LOS NIÑOS DE 5 A 17 AÑOS

FOW_01	La semana pasada, es decir, del [día] al [día], ¿(trabajaste/trabajó [nombre]) para otra persona a cambio de una remuneración durante una o más horas? (incluido el trabajo ocasional o a destajo a cambio de una remuneración en efectivo, o en especie, o a cambio de comida o alojamiento)	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_12
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
FOW_02	La semana pasada, ¿(realizaste/realizó [nombre]) algún tipo de actividad comercial, agrícola o de otro tipo para generar ingresos? DADO EL CASO, LEA LO SIGUIENTE: (No tenga en cuenta las tareas domésticas ordinarias) (por ejemplo, producir productos agrícolas para venta o trueque; fabricar o reparar cosas para la venta; vender cosas en la calle, en el mercado local o en una tienda; lustrar zapatos, cuidar coches o actividades similares a cambio de propinas; cualquier otra actividad para generar ingresos; etc.)	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
FOW_03		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08

	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [nombre]) en un negocio o granja operado por un miembro del hogar?			
	DADO EL CASO, LEA LO SIGUIENTE: (por ejemplo, ayudar a un miembro de la familia que se dedica a una actividad generadora de ingresos para la familia; ayudar a producir productos agrícolas para venta o trueque; ayudar a fabricar o vender cosas para venta o trueque; vigilar o limpiar el negocio familiar; etc.)	NO	02 <input type="checkbox"/>	
FOW_04	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [nombre]) en un negocio o granja de propiedad u operado por una persona que no forma parte del hogar?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
FOW_05	Si bien (no trabajaste/no trabajó [nombre]) la semana pasada, ¿(tienes/[nombre]) un trabajo regular del que estuvo ausente temporalmente?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ FOW_07
FOW_06	¿Qué tipo de trabajo era?	<i>Lea y marque una opción</i>		
		TRABAJO REMUNERADO	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08
		ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS	02 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08
		AYUDAR SIN COBRAR EN UNA EMPRESA FAMILIAR	03 <input type="checkbox"/>	→ FOW_08
FOW_07	La semana pasada, ¿(realizaste/realizó [nombre]) algún trabajo en la ...?	<i>Lea y marque todo lo que corresponda</i>		
		AGRICULTURA	a. <input type="checkbox"/>	→ FOW_09
		CRÍA DE ANIMALES DE GRANJA	b. <input type="checkbox"/>	→ FOW_09
		PESCA O PISCICULTURA	c. <input type="checkbox"/>	→ FOW_09
		NINGUNA DE LAS ANTERIORES	d. <input type="checkbox"/>	→ FOW_35
FOW_08	El trabajo al que (te refieres/se refiere), ¿era un trabajo en la ...?	<i>Lea y marque todo lo que corresponda</i>		
		AGRICULTURA	a. <input type="checkbox"/>	
		CRÍA DE ANIMALES DE GRANJA	b. <input type="checkbox"/>	
		PESCA O PISCICULTURA	c. <input type="checkbox"/>	
		OTRO TIPO DE TRABAJO O NEGOCIO	d. <input type="checkbox"/>	→ FOW_12
FOW_09	Con respecto al trabajo en la agricultura, la cría de animales [y/o la pesca] que (realizas/realiza [nombre]), ¿los productos están destinados...?	<i>Lea y marque una opción</i>		
		ÚNICAMENTE A LA VENTA	01 <input type="checkbox"/>	→ FOW_12
		PRINCIPALMENTE A LA VENTA	02 <input type="checkbox"/>	→ FOW_12
		PRINCIPALMENTE AL USO FAMILIAR	03 <input type="checkbox"/>	→ FOW_11
		ÚNICAMENTE AL USO FAMILIAR	04 <input type="checkbox"/>	→ FOW_11
		(NO LEA ESTA OPCIÓN) NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	

FOW_10	En general, en el pasado ¿estaban estos productos destinados ...?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		ÚNICAMENTE A LA VENTA	01 <input type="checkbox"/> → FOW_12
		PRINCIPALMENTE A LA VENTA	02 <input type="checkbox"/> → FOW_12
		PRINCIPALMENTE AL USO FAMILIAR	03 <input type="checkbox"/> → FOW_11
		ÚNICAMENTE AL USO FAMILIAR	04 <input type="checkbox"/> → FOW_11
FOW_11	¿(Has sido/ha sido [nombre]) contratado por otra persona para realizar este trabajo?	SÍ	01 <input type="checkbox"/> → FOW_12
		NO	02 <input type="checkbox"/> → FOW_35
CARACTERÍSTICAS DE LA PRINCIPAL ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS			
FOW_12	La semana pasada, ¿(ayudaste o trabajaste/ayudó o trabajó [nombre]) en más de una actividad generadora de ingresos?	UNA SOLA ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS	01 <input type="checkbox"/> → FOW_14a
		MÁS DE UNA ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS	02 <input type="checkbox"/>
FOW_13	<p><i>LEA LO SIGUIENTE:</i></p> <p>“Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre la actividad generadora de ingresos en la que (sueles/suele [nombre]) trabajar o ayudar más horas”.</p>		
FOW_14a	En la actividad generadora de ingresos en la que (sueles/suele [nombre]) participar, ¿qué tipo de trabajo (realizas/realiza [nombre])?	_____	
FOW_14b	(por ejemplo, ganadería, cría y venta de ganado; servicio de comidas; acarreo de ladrillos; mezcla de harina de panadería; cosecha de maíz; reparto de alimentos, etc.)	TÍTULO PROFESIONAL, EN SU CASO	
FOW_14c	Entrevistador(a): Anote en FOW_14a la manera en que (el/la) informante define su trabajo/el trabajo de [nombre]. Indague sobre las actividades que realiza y anótelas en FOW_14b	_____	
		PRINCIPALES TAREAS Y FUNCIONES	
		CÓDIGO CIUO □□□□ Codificar después de la entrevista	
FOW_15	¿(Estás/está [nombre]) encargado(a) de esas tareas, o (ayudas/ayuda [nombre]) bajo la responsabilidad de otra persona?	ENCARGADO(A) DE LAS TAREAS	01 <input type="checkbox"/>
		AYUDA A OTRA PERSONA ENCARGADA DE LAS TAREAS	02 <input type="checkbox"/>

FOW_16a	¿Cuál es la actividad principal del lugar o negocio en el que (ayudas o trabajas/ayuda o trabaja [nombre])?	_____	
FOW_16b	(por ejemplo, restaurante - preparación y servicio de comidas; tienda - venta de comestibles, granja - cultivo de algodón, taller - reparación de bicicletas, etc.)	_____	
FOW_16c	<i>Entrevistador(a): Anote en FOW16a la actividad principal de la empresa para la que trabaja (el/la) informante/[nombre] y en FOW_16b el tipo de producto o servicio que produce la empresa.</i>	CÓDIGO ISIC □□□□ <i>Codificar después de la entrevista</i>	
FOW_17	¿(Trabajas/trabaja [nombre])...?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		COMO EMPLEADO	01 <input type="checkbox"/>
		EN (TU/SU) PROPIO NEGOCIO	02 <input type="checkbox"/> → FOW_19
		COMO AYUDANTE EN UN NEGOCIO FAMILIAR O DOMÉSTICO	03 <input type="checkbox"/> → FOW_20
		COMO APRENDIZ, PASANTE	04 <input type="checkbox"/> → FOW_20
		COMO AYUDANTE DE UN MIEMBRO DE LA FAMILIA QUE TRABAJA POR CUENTA DE TERCEROS	05 <input type="checkbox"/> → FOW_20
FOW_18	¿Quién es (tu empleador/el empleador de [nombre])?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		UN MIEMBRO DE LA FAMILIA	01 <input type="checkbox"/>
		UN MIEMBRO DE LA FAMILIA AMPLIADA	02 <input type="checkbox"/>
		UN(A) AMIGO(A) DE LA FAMILIA	03 <input type="checkbox"/>
		NO ES UN PARIENTE	04 <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE_____	05 <input type="checkbox"/>
FOW_19	¿Por qué (trabajas/trabaja [nombre])?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		COMPLEMENTAR LOS INGRESOS FAMILIARES	01 <input type="checkbox"/>
		AYUDAR A PAGAR LA DEUDA FAMILIAR	02 <input type="checkbox"/>
		AYUDAR EN EL NEGOCIO FAMILIAR	03 <input type="checkbox"/>
		ADQUIRIR COMPETENCIAS	04 <input type="checkbox"/>
		LA ESCUELA NO ES ÚTIL PARA EL FUTURO	05 <input type="checkbox"/>
		NO HAY ESCUELA/LA ESCUELA ESTÁ DEMASIADO LEJOS	06 <input type="checkbox"/>
		NO PODÍA PAGAR LOS ELEVADOS GASTOS ESCOLARES	07 <input type="checkbox"/>
		NO ESTÁ INTERESADO(A) EN LA ESCUELA	08 <input type="checkbox"/>
		SUSTITUIR TEMPORALMENTE A ALGUIEN QUE NO PUEDE TRABAJAR	09 <input type="checkbox"/>

		OTROS, ESPECIFIQUE _____	10 <input type="checkbox"/>
FOW_20	¿Cómo (sueles ir/suele ir [nombre]) al trabajo?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		CAMINANDO	01 <input type="checkbox"/>
		EN BICICLETA	02 <input type="checkbox"/>
		EN AUTOBÚS U OTROS MEDIOS DE TRANSPORTE	03 <input type="checkbox"/>
FOW_21	¿Cuánto tiempo (sueles tardar/suele tardar [nombre]) en llegar a (tu/su) lugar de trabajo?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		MENOS DE 15 MINUTOS	01 <input type="checkbox"/>
		15 MINUTOS O MÁS, PERO MENOS DE 30 MINUTOS	02 <input type="checkbox"/>
		30 MINUTOS O MÁS, PERO MENOS DE 1 HORA	03 <input type="checkbox"/>
		1 HORA O MÁS	04 <input type="checkbox"/>
FOW_22	¿Qué tipo de remuneración (recibes/recibe [nombre]) en este trabajo?	<i>Lea y marque todo lo que corresponda</i>	
		SUELDO O SALARIO	01 <input type="checkbox"/>
		PAGO POR PIEZA PRODUCIDA	02 <input type="checkbox"/>
		COMISIONES	03 <input type="checkbox"/>
		PROPINA	04 <input type="checkbox"/>
		HONORARIOS POR LOS SERVICIOS PRESTADOS	05 <input type="checkbox"/>
		PAGO MEDIANTE COMIDAS O ALOJAMIENTO	06 <input type="checkbox"/>
		PAGO MEDIANTE PRODUCTOS	07 <input type="checkbox"/>
		OTRO PAGO EN EFECTIVO, ESPECIFIQUE _____	08 <input type="checkbox"/>
		NO RECIBE UN PAGO	09 <input type="checkbox"/>
FOW_23	¿En qué tipo de lugar (trabajas/trabaja [nombre]) habitualmente?	<i>Lea y marque una opción</i>	
		EN SU PROPIO DOMICILIO/EN EL PROPIO DOMICILIO DE [nombre]/EN TU PROPIO PAÍS	01 <input type="checkbox"/>
		EN EL DOMICILIO DEL CLIENTE O DEL EMPLEADOR	02 <input type="checkbox"/>
		EN UNA GRANJA, TERRENO AGRÍCOLA O LUGAR DE PESCA	03 <input type="checkbox"/>
		EN UN NEGOCIO, UNA OFICINA, UNA FÁBRICA, UN LOCAL O SITIO FIJO	04 <input type="checkbox"/>
		EN LA CALLE O EN OTRO ESPACIO PÚBLICO SIN ESTRUCTURA FIJA	05 <input type="checkbox"/>
		EN UN VEHÍCULO (SIN UNA BASE DE TRABAJO FIJA)	06 <input type="checkbox"/>

		PUERTA A PUERTA	07 <input type="checkbox"/>
		OTROS	08 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
FOW_24	¿Cuántas personas, incluido ([nombre]/tú), trabajan en el lugar de trabajo?	1	01 <input type="checkbox"/>
		2- 4	02 <input type="checkbox"/>
		5- 9	03 <input type="checkbox"/>
		10- 19	04 <input type="checkbox"/>
		20- 49	05 <input type="checkbox"/>
		50+	06 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
CARACTERÍSTICAS DE LA SEGUNDA ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS			
SI SE INDICA MÁS DE UNA ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS (FOW_12 = 02), PASE A FOW_25 DE LO CONTRARIO, PASE A FOW_28			
FOW_25	LEA LO SIGUIENTE: “Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre la segunda actividad generadora de ingresos en la que suele [nombre]/sueles trabajar o ayudar más horas”.		
FOW_26a	En la segunda actividad generadora de ingresos en la que (participas/participa [nombre]), ¿qué tipo de trabajo (realizas/realiza [nombre])?	_____	
FOW_26b	(por ejemplo, ganadería, cría y venta de ganado; servicio de comidas; acarreo de ladrillos; mezcla de harina de panadería; cosecha de maíz; reparto de alimentos, etc.)	TÍTULO PROFESIONAL, EN SU CASO	
FOW_26c	Entrevistador(a): Anote en FOW_26a la manera en que (el/la) informante define su trabajo/el trabajo de [nombre]. Indague sobre las actividades que realiza y anótelas en FOW_26b.	_____	
		PRINCIPALES TAREAS Y FUNCIONES	
FOW_27a	¿Cuál es la actividad principal del lugar o negocio en el que (ayudas o trabajas/ayuda o trabaja [nombre])?	_____	
FOW_27b	(por ejemplo, restaurante - preparación y servicio de comidas; tienda - venta de comestibles, granja - cultivo de algodón, taller - reparación de bicicletas, etc.)	ACTIVIDAD PRINCIPAL	
FOW_27c	Entrevistador(a): Anote en FOW_27a la actividad principal de la empresa para la que trabaja (el/la) informante/[nombre] y en FOW_27b el tipo de producto o servicio que produce la empresa	_____	
		BIENES Y SERVICIOS	
		CÓDIGO CIUO □□□□ <i>Codificar después de la entrevista</i>	
		CÓDIGO ISIC □□□□ <i>Codificar después de la entrevista</i>	

HORAS DE TRABAJO EN EL EMPLEO




LEA LO SIGUIENTE:

“Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre las horas que (trabajas o ayudas/trabaja o ayuda [nombre]), empezando por (tu/su) principal actividad generadora de ingresos”. (INCLUYA LA EXPRESIÓN “PRINCIPAL” ÚNICAMENTE SI EN FOW_12 LA RESPUESTA ES 01)

	¿Cuántas horas a la semana (trabajas o ayudas/trabaja o ayuda [nombre]) habitualmente en (tu/su) [principal] actividad generadora de ingresos?/	_____	HORAS A LA SEMANA	→FOW_31
	Entrevistador(a): Anote el número de horas en intervalos de 30 minutos		NO SABE	997 <input type="checkbox"/>
FOW_29	¿Cuántos días a la semana (trabajas o ayudas/trabaja o ayuda [nombre]) en (tu/su) [principal] actividad de generadora de ingresos?	_____	NÚMERO DE HORAS A LA SEMANA	
FOW_30	¿Cuántas horas al día (trabajas o ayudas/trabaja o ayuda [nombre]) en (tu/su) [principal] actividad generadora de ingresos?	_____	NÚMERO DE HORAS AL DÍA	
FOW_31	En total, ¿cuántas horas (trabajaste/trabajó [nombre]) efectivamente en (tu/su) [principal] actividad generadora de ingresos la semana pasada?	_____	NÚMERO DE HORAS	
			NO SABE	997 <input type="checkbox"/>
FOW_32	¿En qué momento del día (trabajaste/trabajó [nombre]) con más frecuencia la semana pasada?		PRINCIPALMENTE POR LA MAÑANA, ANTES DE IR A LA ESCUELA	01 <input type="checkbox"/>
			PRINCIPALMENTE POR LA TARDE O POR LA NOCHE DESPUÉS DE LA ESCUELA	02 <input type="checkbox"/>
			PRINCIPALMENTE EN CUALQUIER MOMENTO DURANTE LOS DÍAS LABORABLES, INDEPENDIENTEMENTE DE LA ESCUELA	03 <input type="checkbox"/>
			PRINCIPALMENTE DURANTE LOS FINES DE SEMANA	04 <input type="checkbox"/>
PREGUNTE ÚNICAMENTE EN CASO DE MÁS DE UNA ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS, ES DECIR FOW_12 = 02				
DE LO CONTRARIO, PASE A FOW_41				
FOW_33	¿Cuántas horas a la semana (trabajas/trabaja [nombre]) habitualmente en (tu/su) segunda actividad generadora de ingresos?	_____	HORAS A LA SEMANA	
			NO SABE	997 <input type="checkbox"/>
FOW_34	¿Cuántas horas (trabajaste/trabajó [nombre]) efectivamente la semana pasada en (tu/su) segunda actividad generadora de ingresos?	_____	NÚMERO DE HORAS	→FOW_38
			NO SABE	997 <input type="checkbox"/> →FOW_38

BÚSQUEDA DE EMPLEO			
Pregunte únicamente en el caso de los niños de menos de 17 años que no hayan trabajado en la última semana Para niños de 5 a [mínima], ir a FOW_39 “[mínima]” se refiere a la edad mínima en que está permitido que los niños trabajen con arreglo a la legislación nacional			
FOW_35	Durante las últimas cuatro semanas, es decir, desde el [fecha] hasta el [fecha], ¿(hiciste/hizo [nombre]) algo para encontrar un trabajo remunerado o (intentaste/intentó [nombre]) iniciar un negocio?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
FOW_36	¿(Hubieras podido/hubiera podido [nombre]) comenzar a trabajar la semana pasada?	SÍ	01 <input type="checkbox"/> → FOW_39
		NO	02 <input type="checkbox"/>
FOW_37	¿(Podrías/podría [nombre]) comenzar a trabajar en las próximas dos semanas?	SÍ	01 <input type="checkbox"/> → FOW_39
		NO	02 <input type="checkbox"/> → FOW_39
ACTIVIDAD GENERADORA DE INGRESOS DURANTE LOS ÚLTIMOS 12 MESES			
FOW_38	¿(Realizaste/realizó [nombre]) la actividad generadora de ingresos declarada en FOW_14a y FOW_16a durante todos los meses de los últimos 12 meses, es decir, desde el [fecha] hasta el [día de la última semana]?	SÍ	01 <input type="checkbox"/> → FOW_41
		NO	02 <input type="checkbox"/> → FOW_40
FOW_39	En los últimos 12 meses, desde el [fecha] hasta el [día de la semana pasada], ¿(realizaste/realizó [nombre]) alguna actividad generadora de ingresos?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → FOW_41
FOW_40	¿En qué meses del año (realizaste/realizó [nombre]) esa actividad generadora de ingresos durante los últimos 12 meses?	ENERO	a. <input type="checkbox"/>
		FEBRERO	b. <input type="checkbox"/>
		MARZO	c. <input type="checkbox"/>
		ABRIL	d. <input type="checkbox"/>
		MAYO	e. <input type="checkbox"/>
		JUNIO	f. <input type="checkbox"/>
		JULIO	g. <input type="checkbox"/>
		AGOSTO	h. <input type="checkbox"/>
		SEPTIEMBRE	i. <input type="checkbox"/>
		OCTUBRE	j. <input type="checkbox"/>
		NOVIEMBRE	k. <input type="checkbox"/>
		DICIEMBRE	l. <input type="checkbox"/>
Entrevistador(a): Marque todo lo que corresponda			

PRODUCCIÓN DE PRODUCTOS AGRÍCOLAS Y OTROS BIENES PARA EL AUTOCONSUMO		
Actividades no remuneradas de producción de productos agrícolas y/u otros bienes para el consumo del propio hogar o familia		
 LEA LO SIGUIENTE: "Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre las/otras actividades no remuneradas que (hayas realizado/haya realizado [nombre]) para producir diferentes bienes para el uso del hogar o familia".		
FOW_41	La semana pasada, desde el [día] hasta el [último día], ¿(realizaste/realizó [nombre]) algún trabajo de agricultura, cría de animales, [y/o pesca] para el consumo del hogar o la familia?	Lea y marque todo lo que corresponda <hr/> AGRICULTURA a. <input type="checkbox"/> CRÍA DE ANIMALES b. <input type="checkbox"/> AGRICULTURA O PISCICULTURA c. <input type="checkbox"/> NO d. <input type="checkbox"/> → FOW_45
FOW_42a	¿Qué tipo de trabajo (realizaste/realizó [nombre])? (por ejemplo, regar, entresacar y desherbar; recoger fruta, frutos secos, verduras y otros frutos; alimentar, abrevar y limpiar animales; limpiar, clasificar y envasar pescado, etc.)	<hr/> TÍTULO PROFESIONAL, EN SU CASO
FOW_42b	Entrevistador(a):	<hr/> PRINCIPALES TAREAS Y FUNCIONES
FOW_42c	Anote en FOW_42a la manera en que (el/la) informante define (su trabajo/el trabajo de [nombre]). Indague sobre las actividades que realiza y anótelas en FOW_42b	<hr/> CÓDIGO CIUO □□□□ CodiOficar después de la entrevista
FOW_43a	¿Cuáles son los productos principales de (la agricultura, la cría, [y/o la pesca]) en los que (trabajaste/trabajó [nombre])? (por ejemplo, cítricos, verduras, pescado de agua dulce, ganado, pollo, arroz)	<hr/> PRODUCTOS PRINCIPALES
FOW_43b	Entrevistador(a): Anote los productos principales en FOW_43a.	<hr/> CÓDIGO ISIC □□□□ Codificar después de la entrevista
FOW_44	¿Cuántas horas a la semana (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	<hr/> HORAS DEDICADAS NO SABE 997 <input type="checkbox"/>
FOW_45	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [nombre]) a recoger alimentos silvestres como [setas, bayas, hierbas, etc.] para el consumo del hogar o la familia?	SÍ 01 <input type="checkbox"/> NO 02 <input type="checkbox"/> → FOW_47
FOW_46	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	<hr/> HORAS DEDICADAS NO SABE 997 <input type="checkbox"/>
FOW_47	La semana pasada (fuiste/fue [nombre]) a cazar [carne de caza, etc.] para el consumo del hogar o la familia	SÍ 01 <input type="checkbox"/> NO 02 <input type="checkbox"/> → FOW_49

FOW_48	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
FOW_49	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó <i>[nombre]</i>) a preparar alimentos o bebidas para su conservación como [<i>harina, pescado seco, queso, etc.</i>] para el consumo del hogar o la familia?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → FOW_51
FOW_50	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
FOW_51	La semana pasada, ¿(realizaste/realizó <i>[nombre]</i>) algún trabajo de construcción para edificar, renovar o ampliar la vivienda familiar, o (ayudaste/ayudó <i>[nombre]</i>) a algún miembro de la familia en un trabajo similar?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → FOW_53
FOW_52	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
FOW_53	La semana pasada, ¿(dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) algún tiempo a fabricar artículos para el uso del hogar o la familia, como [<i>esteras, cestas, muebles, ropa, etc.</i>]?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → FOW_55
FOW_54	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
FOW_55	La semana pasada, ¿(acarreaste/acarreó <i>[nombre]</i>) agua de fuentes naturales o públicas para el uso del hogar o la familia?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → FOW_57
FOW_56	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
FOW_57	La semana pasada, ¿(recogiste /recogió <i>[nombre]</i>) leña [u otros productos naturales] para uso como combustible en el hogar o la familia?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → FOW_59
FOW_58	¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____ HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>

TRABAJO EN FORMACIÓN NO REMUNERADO

Trabajo de pasantía no remunerado para terceros a fin de adquirir experiencia laboral o habilidades en un oficio o profesión. Preguntas para todos los niños de 5 a 17 años

FOW_59	<p>En las últimas 4 semanas, desde el [fecha de inicio] hasta el [último día/ayer], ¿(participaste /participó [nombre]) en algún aprendizaje no remunerado, pasantía o formación similar en un lugar de trabajo? ([por ejemplo, trabajo no remunerado como aprendiz o pasante en una granja, taller, fábrica, empresa u otras unidades de producción</p> <p>Trabajo no remunerado como aprendiz o pasante en una tienda, un banco, un hospital u otras instituciones proveedoras de servicios...])</p>	<p>SÍ 01 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 02 <input type="checkbox"/> →HAZ_01</p>
FOW_60	<p>¿Cuántas horas (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?</p>	<p>_____</p> <p>HORAS DEDICADAS →HAZ_01</p> <p>NO SABE 997 <input type="checkbox"/></p>

VERIFIQUE:

FOW_01 = 01 (trabajo para terceros) y/o

FOW_02 = 01 (actividad comercial, agrícola u otra actividad generadora de ingresos) y/o

FOW_03 = 01 (ayuda en un negocio o granja operado por un miembro del hogar) y/o

FOW_04 = 01 (ayudó en un negocio o granja de propiedad u operado por una persona que no forma parte del hogar) y/o

FOW_05 = 01 (ausencia temporal de la actividad laboral) y/o

FOW_07 = a, b, c y/o

FOW_41 = A o B o C (trabajo en la familia, cría de animales y/o pesca para el consumo del hogar o de la familia) y/o

FOW_45, FOW_47, FOW_49, FOW_51, FOW_53, FOW_55, FOW_57= 01 y/o

FOW_59 = 01 (aprendizaje no remunerado, prácticas o formación similar en un lugar de trabajo)

Si se cumple alguno de estos criterios, pase a HAZ_01

De lo contrario, pase a HCH_01

TRABAJO PELIGROSO




LEA LO SIGUIENTE:

“Nos gustaría saber más sobre lo que hacen los niños y adolescentes de todo el mundo cuando trabajan. Las preguntas están orientadas a conocer la manera de proteger a los niños. Quisiera (pedirte que reflexiones/pedirle que reflexione) en el trabajo que (realizaste/realizó [nombre]) la semana pasada. ¿(realizaste/realizó [nombre]) alguna actividad en el trabajo que implique ...?”

HAZ_01	Cargar, empujar o tirar (de) cargas pesadas. Por ejemplo, leña o agua, cosechas, ladrillos, basura/residuos, rocas o cemento, otros artículos pesados. Mostrar la hoja de referencia sobre las cargas pesadas.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_02	Trabajar en alturas, es decir que implique subir a una altura respecto del suelo que (si te cayeras podrías lesionarte/se cayera [nombre] podría lesionarse). Por ejemplo, escaleras más altas que (tú/[nombre]), a lo alto de los árboles, andamios, plataformas de construcción.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_03	Utilizar herramientas motorizadas (eléctricas o de gas). Por ejemplo, taladros, sierras, sierras de cadena/de mesa, lijadoras eléctricas, martillos neumáticos.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_04	Utilizar herramientas afiladas. Por ejemplo, hachas, cuchillos, machetes.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_05	Utilizar máquinas grandes o pesadas, o conducir vehículos. Por ejemplo, máquinas más grandes que (tú/[nombre], como máquinas de montaje, tractores, carretillas elevadoras, grúas, camiones, motocicletas.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_06	Trabajar con fuego, hornos o máquinas o herramientas muy calientes, o con cables eléctricos inseguros, con los que (podrías quemarte/[nombre] podría quemarse). Por ejemplo, fuegos de hornos, planchas, herramientas de soldadura, superficies metálicas calientes, quemadores, cables eléctricos, hornos de ladrillos.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_07	Trabajar en un lugar muy ruidoso, en el que (te viste/[nombre] se vio) forzado/a gritar para hablar.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>

	Por ejemplo, máquinas muy ruidosas, tráfico ruidoso.	NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_08	Trabajar en interiores o exteriores donde el polvo, la arena, el humo o los vapores dificultan la respiración o la visión. Por ejemplo, ventilación insuficiente.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_09	Trabajar en un lugar muy frío, o al aire libre con un tiempo muy lluvioso o húmedo. Por ejemplo, en cámaras frigoríficas/frigoríficos, con lluvia o tormenta.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_10	Trabajar muchas horas bajo el sol sin descanso.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_11	Trabajar bajo tierra en pozos o túneles mineros u otros espacios muy reducidos. Por ejemplo, bajar a las minas a sacar rocas/piedras/carbón, cortar rocas/piedras/carbón bajo tierra.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_12	Trabajar bajo el agua. Por ejemplo, bucear para recoger conchas, sumergirse para desenredar redes de pesca en mares, lagos, ríos.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_13	Trabajar con o cerca de productos químicos agrícolas. O ayudar otra persona a hacerlo. Por ejemplo, rociar o esparcir fertilizantes para favorecer el crecimiento de cultivos/plantas; rociar o esparcir plaguicidas/herbicidas para matar insectos o malas hierbas; limpiar contenedores de plaguicidas.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_14	Trabajar con líquidos o polvos que irritan la piel, queman fácilmente, despiden vapores que huelen mal o pueden explotar. Por ejemplo, con productos de limpieza, petróleo o gas, pinturas, pegamentos, lejía, desinfectantes, tintes, disolventes, baterías, mercurio u otros productos químicos.	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>

HAZ_15	Trabajar durante la noche o muy temprano por la mañana, cuando aún está oscuro, incluyendo ir o volver del trabajo cuando está oscuro.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
HAZ_16	Trabajar en contacto con grandes animales domésticos (por ejemplo, camellos, ganado), animales salvajes (por ejemplo., serpientes, insectos) o cerca de estiércol animal (por ejemplo, fosas de estiércol, limpieza de establos).	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
HAZ_17	Trabajar haciendo la misma tarea una y otra vez a un ritmo rápido durante muchas horas. Por ejemplo, tejer, tritular piedras.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
HAZ_18	En general, ¿(te sientes/se siente [nombre]) seguro en el trabajo?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
HAZ_19	¿(Has sido/ha sido [nombre]) castigado alguna vez por errores que (has cometido/ha cometido [nombre]) en el trabajo?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
HAZ_20	¿(Podrías/podría [nombre]) abandonar (tu/su) puesto de trabajo si (estuvieras/estuviera [nombre]) muy enfermo, lesionado/a, (tuvieras/tuviera [nombre]) un problema familiar grave o si (desearas/deseara [nombre]) dejar el/tu trabajo?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>	
VIOLENCIA EN EL LUGAR DE TRABAJO					
	LEA LO SIGUIENTE:				
	<p>“(Te/le) agradezco mucho que me (hayas/haya) contado todo lo que (realizas/realiza [nombre]) en el trabajo. Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre las cosas que ciertas personas hacen a los niños y adolescentes y que pueden herirlos o hacerlos sentir incómodos, molestos o asustados en el trabajo.</p> <p>No hay respuestas correctas o incorrectas a ninguna de estas preguntas. Solo queremos conocer (tus/sus) ideas. Si en algún momento (deseas/desea) pasar a otra pregunta o dejar de responder, simplemente (dímelo/dígamelo). Si (deseas/desea) hablar de alguna de las cosas que (te/le) he preguntado, por favor, (házmelo/hágamelo) saber”.</p>				
HAZ_21a	A veces, ciertas personas pueden herir físicamente a los niños y adolescentes en	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	→HAZ_21b
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→HAZ_22a

	el trabajo. En el trabajo que (realizas/realiza [<i>nombre</i>]) actualmente, ¿alguna persona del trabajo (te ha abofeteado/golpeado/pateado/ha abofeteado/golpeado/pateado a [<i>nombre</i>] o hecho cualquier otra cosa para (herirte/herirlo/a) físicamente)?	NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	→HAZ_22a
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	→HAZ_22a
		NO SE APLICA	96 <input type="checkbox"/>	→HAZ_22a
HAZ_21b	¿Quién (te hizo eso/le hizo eso a [<i>nombre</i>]?)	Lea y marque una opción		
		UNA PERSONA ADULTA	01 <input type="checkbox"/>	
		OTRO(A) NIÑO(A)/ADOLESCENTE	02 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	
HAZ_22a	A veces, cuando los niños y adolescentes están en el trabajo, algunas personas dicen o hacen cosas que les asustan o les hacen temer por su seguridad. Desde que (trabajas/trabaja [<i>nombre</i>]) en ese puesto, ¿alguna vez alguien del trabajo (te ha amenazado con lastimarte/ha amenazado a [<i>nombre</i>] con lastimarlo/a)?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→HAZ_22b
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→HAZ_23a
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	→HAZ_23a
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	→HAZ_23a
		NO SE APLICA	96 <input type="checkbox"/>	→HAZ_23a
HAZ_22b	¿Quién (te hizo eso/le hizo eso a [<i>nombre</i>]?)	Lea y marque una opción		
		UNA PERSONA ADULTA	01 <input type="checkbox"/>	
		OTRO(A) NIÑO(A)/ADOLESCENTE	02 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	
HAZ_23a	A veces, cuando los niños y adolescentes están en el trabajo, algunas personas dicen o hacen cosas para hacerles sentir mal. Desde que (trabajas/trabaja [<i>nombre</i>]) en ese puesto, ¿alguna persona del trabajo (te ha ridiculizado, insultado, hecho sentirte avergonzado(a)/ha ridiculizado, insultado, hecho sentir avergonzado(a) a [<i>nombre</i>]?)	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	→HAZ_23b
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→HAZ_24
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	→HAZ_24
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	→HAZ_24
		NO SE APLICA	96 <input type="checkbox"/>	→HAZ_24
HAZ_23b	¿Quién (te hizo eso/le hizo eso a [<i>nombre</i>]?)	Lea y marque una opción		
		UNA PERSONA ADULTA	01 <input type="checkbox"/>	
		OTRO(A) NIÑO(A)/ADOLESCENTE	02 <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>	
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>	

LESIONES




LEA LO SIGUIENTE:


“(Te/le) agradezco mucho que me (haya/hayas) contado todo lo que sucede en el trabajo. Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) unas preguntas sobre los accidentes y lesiones graves que (has sufrido/ha sufrido [nombre]) en el trabajo. Una lesión grave es aquella que impide que el niño realice sus actividades ordinarias, como el trabajo o la escuela, y/o que requiere atención médica por parte de un médico o una enfermera.

Desde que (trabajas/trabaja [nombre]), ¿(has/ha sufrido) alguno de los siguientes accidentes o lesiones graves a causa del trabajo?”

HAZ_24	Lesiones por caída. Por ejemplo, caída de andamios/edificios, escaleras, árboles.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_25	Golpes por un objeto muy pesado que (te ha caído encima/le ha caído encima a [nombre]), o aplastamiento por máquinas pesadas, vehículos o cosas en el trabajo. Por ejemplo, apretado o aplastado por máquinas pesadas, vehículos o cosas que se mueven en el trabajo, cosas que caen encima. Mostrar las ilustraciones de las hojas de referencia.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_26	Corte profundo o largo.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_27	Quemadura grave (no de sol).	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_28	Moretones, golpes o hinchazón. Por ejemplo, distensión muscular, dislocación.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	0	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_29	Mordedura de animal o serpiente	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>

HAZ_30	Lesión en la cabeza, la espalda o el cuello.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_31	Hueso roto.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_32	Pérdida de una parte del cuerpo. Por ejemplo, dedo, mano, brazo, pierna.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_33	Lesión/daño en los ojos u oídos.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_34	Descarga eléctrica.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_35	Casi se ahoga.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_36	¿(Has sufrido/ha sufrido [<i>nombre</i>]) alguna otra lesión fuera de las que ya he mencionado?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> →HAZ_38a
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/> →HAZ_38a
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/> →HAZ_38a
HAZ_37	¿De qué tipo de lesión se trata?	_____		

HAZ_38a	Con respecto a la lesión más grave que (has sufrido/ha sufrido [nombre]), ¿(qué estabas/qué estaba haciendo [nombre]) cuando ocurrió?	TÍTULO DEL PUESTO	
HAZ_38b	<i>Entrevistador(a): Si declara que estaba haciendo su trabajo, anote el nombre del puesto que ocupa. Si se declara que la lesión fue consecuencia de violencia laboral, marque el código 02.</i>	CÓDIGO CIUO □□□□ Codificar después de la entrevista	
HAZ_38c		LESIONES POR VIOLENCIA LABORAL	02 <input type="checkbox"/>
HAZ_39	Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) unas preguntas respecto a (tu salud en general/la salud en general de [nombre]). En comparación con otros niños de tu edad/de la edad de [nombre], ¿dirías que tu salud/dirías que la salud de [nombre] es muy buena, buena, regular o mala?	MUY BUENA	01 <input type="checkbox"/>
		BUENA	02 <input type="checkbox"/>
		REGULAR	03 <input type="checkbox"/>
		POBRE	04 <input type="checkbox"/>
SALUD PSICOSOCIAL			
	LEA LO SIGUIENTE: "Ahora, me gustaría (hacerte/hacerle) algunas preguntas sobre cómo (te sientes/se siente [nombre]) desde que (estás/está [nombre] trabajando)".		
HAZ_40	¿(Has tenido/ha tenido [nombre]) muchos dolores de cabeza, de estómago o enfermedades?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_41	¿(Te has/se ha sentido [nombre]) tan cansado/a que (te/le) resultaba difícil prestar atención en el trabajo?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_42	¿(Te has/se ha sentido [nombre]) sentido infeliz, deprimido o lloroso?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_43	¿(Te preocupas mucho, te pones nervioso/a o te asustas fácilmente?/¿se preocupa mucho [nombre], se pone nervioso/a o se asusta fácilmente)?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
		NO SABE	97 <input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98 <input type="checkbox"/>
HAZ_44	¿(Sientes que tienes/siente [nombre] que tiene) alguien con quien hablar de (tus/sus) problemas?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>

		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_45	¿(Te sientes/se siente [nombre]) orgulloso/a del trabajo que (realizas/realiza [nombre])?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
		NO SABE	97	<input type="checkbox"/>
		NO CONTESTA	98	<input type="checkbox"/>
HAZ_46	Me gustaría saber cómo (te has/se ha) sentido al hablarme de estas cosas. ¿(podrías/podría) decirme si esta entrevista fue difícil, un poco difícil o fácil?	DIFÍCIL	01	<input type="checkbox"/>
		UN POCO DIFÍCIL	02	<input type="checkbox"/>
		FÁCIL	03	<input type="checkbox"/>
	LEA LO SIGUIENTE: "Muchas gracias. Sé que algunas de estas preguntas no fueron fáciles, pero (tus/sus) respuestas fueron muy claras y útiles".			
TAREAS DOMÉSTICAS				
HCH_01	La semana pasada, ¿(ayudaste a hacer compras o realizaste alguna compra/¿ayudó [nombre] a hacer compras o realizó alguna compra) para el hogar?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → HCH_05
HCH_02	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_03	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_04	La semana pasada, ¿(acarreaste/acarreó [nombre]) cargas pesadas al hacer las compras?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_05	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [nombre]) reparar algún equipo del hogar o (realizaste/realizó [nombre] alguna reparación en el hogar/?)	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → HCH_08
HCH_06	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_07	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó [nombre]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_08	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [nombre]) a preparar las comidas en el hogar?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → HCH_13

HCH_09	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_10	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_11	La semana pasada, ¿(utilizaste/utilizó <i>[nombre]</i>) una estufa caliente con fuego, gas o llamas para preparar las comidas?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_12	La semana pasada ¿(utilizaste/utilizó <i>[nombre]</i>) cuchillos afilados para preparar las comidas?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_13	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó <i>[nombre]</i>) a limpiar la casa/utensilios del hogar?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → HCH_19
HCH_14	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_15	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_16	La semana pasada, para hacer la limpieza, ¿(utilizaste/utilizó <i>[nombre]</i>) jabones o productos químicos/lejía/líquidos que irritan o queman la piel, los ojos o la nariz?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_17	La semana pasada, ¿(subiste/subió <i>[nombre]</i>) a lugares de difícil acceso de los que de haber caído (hubieras podido lesionarte/hubiera <i>[nombre]</i> podido lesionarse), o (limpiaste/limpió <i>[nombre]</i>) ese tipo de lugares?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_18	¿(Has estado/ha estado <i>[nombre]</i>) barriendo, aspirando o fregando el suelo durante largos periodos de tiempo?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/>
HCH_19	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó <i>[nombre]</i>) a lavar ropa del hogar o (lavaste/lavó <i>[nombre]</i>) ropa del hogar?/	SÍ	01	<input type="checkbox"/>
		NO	02	<input type="checkbox"/> → HCH_25
HCH_20	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>
HCH_21	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó <i>[nombre]</i>) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997	<input type="checkbox"/>

HCH_22	La semana pasada, ¿(lavaste/lavó [<i>nombre</i>]) ropa a mano?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_23	La semana pasada, ¿(planchaste/planchó [<i>nombre</i>]) ropa?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_24	¿(Acarreaste/acarreó [<i>nombre</i>]) cestas de lavado pesadas?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_25	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [<i>nombre</i>]) en el cuidado de los niños/personas mayores/enfermos en el hogar, o (te encargaste/se encargó [<i>nombre</i>]) del cuidado de esas personas?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HCH_31
HCH_26	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó [<i>nombre</i>]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997 <input type="checkbox"/>	
HCH_27	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó [<i>nombre</i>]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997 <input type="checkbox"/>	
HCH_28	La semana pasada ¿(cargaste o levantaste/cargó o levantó [<i>nombre</i>]) a una persona adulta/persona mayor/niño(a) pesado(a)?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_29	La semana pasada, ¿(bañaste, duchaste o vestiste/bañó, duchó o vistió [<i>nombre</i>]) a alguna persona adulta?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_30	La semana pasada, ¿(cuidaste/cuidó [<i>nombre</i>]) a una persona enferma?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	
HCH_31	La semana pasada, ¿(ayudaste/ayudó [<i>nombre</i>]) a realizar otras tareas del hogar, o (realizaste/realizó [<i>nombre</i>]) alguna otra tarea en el hogar? (por ejemplo, lavar los platos, tirar la basura al cubo, etc.)	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HCH_35
HCH_32	Especifique la tarea	_____		
		TAREA ESPECIFICADA		
HCH_33	¿Cuántos días (dedicaste/dedicó [<i>nombre</i>]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		DÍAS DEDICADOS		
		NO SABE	997 <input type="checkbox"/>	
HCH_34	¿Cuántas horas al día (dedicaste/dedicó [<i>nombre</i>]) a esta actividad la semana pasada?	_____		
		HORAS DEDICADAS		
		NO SABE	997 <input type="checkbox"/>	

Pregunte en el caso de los niños que asisten a la escuela (EDU_07 = 01)			
HCH_35	Tomando como referencia la semana pasada, ¿en qué momento (realizas/realiza [nombre]) habitualmente las actividades antes mencionadas?	Lea y marque todo lo que corresponda	
		DÍAS DE LA SEMANA DESPUÉS DE LA ESCUELA	01 <input type="checkbox"/>
		DÍAS DE LA SEMANA ANTES DE LA ESCUELA	02 <input type="checkbox"/>
		FINES DE SEMANA	03 <input type="checkbox"/>
Pregunte en el caso de los niños no escolarizados (EDU_07 = 02)			
HCH_36	Tomando como referencia la semana pasada, ¿en qué momento (realizas/realiza [nombre]) habitualmente las actividades antes mencionadas?	Lea y marque todo lo que corresponda	
		DÍAS DE LA SEMANA	01 <input type="checkbox"/>
		FINES DE SEMANA	02 <input type="checkbox"/>

Todas las respuestas
→HOU_00

Todas las respuestas
→HOU_00

► Vivienda (HOU)



Entrevistador(a): El módulo sobre la vivienda debe administrarse a un miembro adulto del hogar. De preferencia, debe entrevistarse (al/a la) jefe(a) del hogar. Si (el/la) jefe(a) del hogar está ausente, pida hablar con otra persona adulta que pueda proporcionar información sobre la vivienda. Recopile la información sobre de todos los miembros del hogar antes de pasar al siguiente módulo



LEA LO SIGUIENTE:

[“Ahora, me gustaría hacerle unas preguntas sobre la vivienda en la que vive”].

HOU_00

Entrevistador(a):
Anote el código de identificación de la persona que proporciona la información sobre el módulo de datos del hogar

Código de identificación
(del/de la) informante

CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

HOU_01

OBSERVACIÓN (DEL/DE LA)
ENTREVISTADOR(A)

¿Cuál es el material predominante de las paredes exteriores?

BARRO 01

CEMENTO/HORMIGÓN/PIEDRAS CON CEMENTO 02

PIEDRAS CON BARRO 03

MADERA/PAJA 04

CHAPA METÁLICA 05

LADRILLO 06

TIERRA ESTABILIZADA 07

OTROS, ESPECIFIQUE _____ 08

HOU_02

OBSERVACIÓN (DEL/DE LA)
ENTREVISTADOR(A)

¿Cuál es el material predominante del techo?

CHAPA METÁLICA 01

TEJA 02

CONCRETO 03

PIELES DE ANIMALES 04

MADERA 05

BARRO 06

PAJA 07

OTROS, ESPECIFIQUE _____ 08

HOU_03

OBSERVACIÓN (DEL/DE LA)
ENTREVISTADOR(A)

¿Cuál es el material predominante que cubre el suelo de la vivienda?

BARRO/ARENA 01

CEMENTO/HORMIGÓN 02

AZULEJOS/MÁRMOL 03

ALFOMBRA/MADERA PULIDA 04

		OTROS, ESPECIFIQUE _____	07 <input type="checkbox"/>	
HOU_04	<i>OBSERVACIÓN (DEL/DE LA) ENTREVISTADOR(A)</i>	APARTAMENTO EN EDIFICIO/ESTUDIO	01 <input type="checkbox"/>	
		CASA PARTICULAR	02 <input type="checkbox"/>	
	¿En qué tipo de vivienda vive el hogar?	PARTE DE UNA CASA PARTICULAR	03 <input type="checkbox"/>	
		CASA MÓVIL (por ejemplo, tienda de campaña, caravana)	04 <input type="checkbox"/>	
		REFUGIO NO DESTINADO A LA VIVIENDA	05 <input type="checkbox"/>	
		CHOZA	06 <input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	07 <input type="checkbox"/>	
HOU_05	¿Cuál es la situación de propiedad de la vivienda?	<i>Lea y marque una opción</i>		
		PROPIETARIO CON TÍTULO DE PROPIEDAD	01 <input type="checkbox"/>	
		PROPIETARIO SIN TÍTULO DE PROPIEDAD	02 <input type="checkbox"/>	
		PROPIETARIO/FAMILIA CON TÍTULO DE PROPIEDAD	03 <input type="checkbox"/>	
		PROPIETARIO/FAMILIA SIN TÍTULO DE PROPIEDAD	04 <input type="checkbox"/>	
		INQUILINO	05 <input type="checkbox"/>	
		PLAN DE PAGO A PLAZOS	06 <input type="checkbox"/>	
		ALOJAMIENTO GRATUITO (FAMILIAR/AMIGO(A))	07 <input type="checkbox"/>	
		ALOJAMIENTO FACILITADO POR EL EMPLEADOR	08 <input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	09 <input type="checkbox"/>	
HOU_06	¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda?			
	<i>Entrevistador(a): No incluir cocina, baños, pasillos o balcones</i>	NÚMERO DE HABITACIONES _____		
HOU_07	¿Qué tamaño tiene la vivienda en metros cuadrados?	MENOS DE 20 METROS CUADRADOS	01 <input type="checkbox"/>	
		20 A 39 METROS CUADRADOS	02 <input type="checkbox"/>	
		40 A 69 METROS CUADRADOS	03 <input type="checkbox"/>	
		70 A 98 METROS CUADRADOS	04 <input type="checkbox"/>	
		100 METROS CUADRADOS O MÁS	05 <input type="checkbox"/>	
HOU_08	¿Tiene la vivienda una zona que se utiliza para cocinar?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_11
HOU_09		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	

	¿Está situada la zona de cocina dentro de la vivienda?	NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_10	¿Es utilizada la zona de cocina exclusivamente por los miembros de la vivienda, o la utilizan personas de otros hogares?	UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE POR EL HOGAR	01 <input type="checkbox"/>
		COMPARTIDA CON OTROS HOGARES	02 <input type="checkbox"/>
HOU_11	¿Tiene la vivienda un inodoro?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → HOU_14
HOU_12	¿Está situada la zona del inodoro dentro de la vivienda?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_13	¿Es utilizada la zona del inodoro exclusivamente por los miembros de la vivienda, o la utilizan personas de otros hogares?	UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE POR EL HOGAR	01 <input type="checkbox"/>
		COMPARTIDA CON OTROS HOGARES	02 <input type="checkbox"/>
HOU_14	¿Qué tipo de sistema de evacuación de inodoro utilizan habitualmente los miembros del hogar?	DESCARGA DE TANQUE/ARRASTRE POR VERTIDO MANUAL DE AGUA AL SISTEMA DE ALCANTARILLADO	01 <input type="checkbox"/>
		DESCARGA DE TANQUE/ARRASTRE POR VERTIDO MANUAL DE AGUA A UNA FOSA SÉPTICA	02 <input type="checkbox"/>
		DESCARGA DE TANQUE/ARRASTRE POR VERTIDO MANUAL DE AGUA A UNA LETRINA DE POZO	03 <input type="checkbox"/>
		DESCARGA DE TANQUE/ARRASTRE POR VERTIDO MANUAL DE AGUA A OTRO LUGAR	04 <input type="checkbox"/>
		DESCARGA DE TANQUE/ARRASTRE POR VERTIDO MANUAL DE AGUA A UN LUGAR DESCONOCIDO	05 <input type="checkbox"/>
		LETRINA DE POZO MEJORADO Y VENTILADO (VIP)	06 <input type="checkbox"/>
		LETRINA DE POZO CON LOSA	07 <input type="checkbox"/>
		LETRINA DE POZO SIN LOSA/POZO ABIERTO	08 <input type="checkbox"/>
		INODORO DE COMPOSTAJE	09 <input type="checkbox"/>
		CUBO	10 <input type="checkbox"/>
		INODORO COLGANTE/LETRINA COLGANTE	11 <input type="checkbox"/>
		NO TIENE INODORO/AL AIRE LIBRE (MATORRALES, CAMPO, ETC.)	12 <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	13 <input type="checkbox"/>
HOU_15	¿Tiene la vivienda una zona que se utiliza para el baño?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → HOU_18

HOU_16	¿Está situada la zona de baño dentro de la vivienda?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_17	¿Es utilizada la zona de baño exclusivamente por los miembros de la vivienda, o la utilizan personas de otros hogares?	UTILIZADA EXCLUSIVAMENTE POR EL HOGAR	01 <input type="checkbox"/>
		COMPARTIDA CON OTROS HOGARES	02 <input type="checkbox"/>
HOU_18	¿Está la vivienda conectada a la red eléctrica?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_19	¿Está la vivienda conectada a una red de suministro de agua?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_20	¿Está la vivienda conectada a una red de saneamiento/alcantarillado?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_21	¿Cuál es la fuente de energía principal que se utiliza para cocinar?	MADERA	01 <input type="checkbox"/>
		CARBÓN	02 <input type="checkbox"/>
		QUEROSENO	03 <input type="checkbox"/>
		GAS	04 <input type="checkbox"/>
		ELECTRICIDAD	05 <input type="checkbox"/>
		ENERGÍA SOLAR	06 <input type="checkbox"/>
		OTRAS, ESPECIFIQUE _____	07 <input type="checkbox"/>
		NINGUNA	08 <input type="checkbox"/>
HOU_22	¿Cuál es la fuente de energía principal que se utiliza con fines de calefacción y/o refrigeración?	MADERA	01 <input type="checkbox"/>
		CARBÓN	02 <input type="checkbox"/>
		QUEROSENO	03 <input type="checkbox"/>
		GAS	04 <input type="checkbox"/>
		ELECTRICIDAD	05 <input type="checkbox"/>
		ENERGÍA SOLAR	06 <input type="checkbox"/>
		OTRAS, ESPECIFIQUE _____	07 <input type="checkbox"/>
		NINGUNA	08 <input type="checkbox"/>
HOU_23	¿Cuál es la fuente de energía principal que se utiliza para el alumbrado?	MADERA	01 <input type="checkbox"/>
		CARBÓN	02 <input type="checkbox"/>
		QUEROSENO	03 <input type="checkbox"/>

		GAS	04 <input type="checkbox"/>
		ELECTRICIDAD	05 <input type="checkbox"/>
		ENERGÍA SOLAR	06 <input type="checkbox"/>
		VELAS	07 <input type="checkbox"/>
		LÁMPARAS A PILAS	08 <input type="checkbox"/>
		OTRAS, ESPECIFIQUE _____	08 <input type="checkbox"/>
HOU_24	¿Cuál es la fuente de agua potable principal del hogar durante la estación seca?	AGUA DEL GRIFO	
		DENTRO DE LA VIVIENDA	11 <input type="checkbox"/>
		EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	12 <input type="checkbox"/>
		GRIFO DEL VECINO	13 <input type="checkbox"/>
		FUENTE DEL BARRIO/GRIFO PÚBLICO	14 <input type="checkbox"/>
		POZO ABIERTO	
		POZO ABIERTO EN LA VIVIENDA	15 <input type="checkbox"/>
		POZO ABIERTO EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	16 <input type="checkbox"/>
		POZO ABIERTO EN OTRO LUGAR	17 <input type="checkbox"/>
		POZO CUBIERTO O PERFORACIÓN	
		POZO CUBIERTO EN LA VIVIENDA	18 <input type="checkbox"/>
		POZO CUBIERTO EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	19 <input type="checkbox"/>
		POZO PROTEGIDO EN OTRO LUGAR	20 <input type="checkbox"/>
		PERFORACIÓN	21 <input type="checkbox"/>
		AGUA DE SUPERFICIE	
		FUENTE ORGANIZADA	22 <input type="checkbox"/>
		FUENTE NO ORGANIZADA	23 <input type="checkbox"/>
		RÍO/LAGO/PRESA	24 <input type="checkbox"/>
		OTRAS FUENTES	
		CAMIÓN CISTERNA	25 <input type="checkbox"/>
		VENDEDORES AMBULANTES	26 <input type="checkbox"/>
		AGUA EMBOTELLADA	27 <input type="checkbox"/>
		MINI SISTEMA DE ABASTECIMIENTO	28 <input type="checkbox"/>
		AGUA DE LLUVIA	29 <input type="checkbox"/>
		OTRAS, ESPECIFIQUE _____	30 <input type="checkbox"/>

HOU_25	¿Cuál es la fuente de agua potable principal del hogar durante la temporada de lluvias?	AGUA DEL GRIFO			
		DENTRO DE LA VIVIENDA	11 <input type="checkbox"/>		
		EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	12 <input type="checkbox"/>		
		GRIFO DEL VECINO	13 <input type="checkbox"/>		
		FUENTE DEL BARRIO/GRIFO PÚBLICO	14 <input type="checkbox"/>		
		POZO ABIERTO			
		POZO ABIERTO EN LA VIVIENDA	15 <input type="checkbox"/>		
		POZO ABIERTO EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	16 <input type="checkbox"/>		
		POZO ABIERTO EN OTRO LUGAR	17 <input type="checkbox"/>		
		POZO CUBIERTO O PERFORACIÓN			
		POZO CUBIERTO EN LA VIVIENDA	18 <input type="checkbox"/>		
		POZO CUBIERTO EN EL PATIO/LA CONCESIÓN DE AGUA	19 <input type="checkbox"/>		
		POZO PROTEGIDO EN OTRO LUGAR	20 <input type="checkbox"/>		
		PERFORACIÓN	21 <input type="checkbox"/>		
		AGUA DE SUPERFICIE			
		FUENTE ORGANIZADA	22 <input type="checkbox"/>		
		FUENTE NO ORGANIZADA	23 <input type="checkbox"/>		
		RÍO/LAGO/PRESA	24 <input type="checkbox"/>		
		OTRAS FUENTES			
		CAMIÓN CISTERNA	25 <input type="checkbox"/>		
		VENDEDORES AMBULANTES	26 <input type="checkbox"/>		
		AGUA EMBOTELLADA	27 <input type="checkbox"/>		
		MINI SISTEMA DE ABASTECIMIENTO	28 <input type="checkbox"/>		
		AGUA DE LLUVIA	29 <input type="checkbox"/>		
		OTRAS, ESPECIFIQUE _____	30 <input type="checkbox"/>		
		HOU_26	¿A qué distancia se encuentra el establecimiento de enseñanza preescolar público más cercano?		
			<i>Entrevistador(a):</i>	_____	
			<i>Anote la distancia en kilómetros</i>	KILÓMETROS	
			<i>Anote "997" si responde que no sabe</i>		

HOU_27	<p>¿A qué distancia se encuentra el establecimiento de enseñanza preescolar privada más cercano?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
HOU_28	<p>¿A qué distancia se encuentra la escuela primaria pública más cercana?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
HOU_29	<p>¿A qué distancia se encuentra la escuela primaria privada más cercana?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
HOU_30	<p>¿A qué distancia se encuentra la escuela secundaria pública más cercana?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
HOU_31	<p>¿A qué distancia se encuentra la escuela secundaria privada más cercana?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
HOU_32	<p>¿A qué distancia se encuentra el banco/institución de microfinanzas más cercano?</p> <p><i>Entrevistador(a):</i> <i>Anote la distancia en kilómetros</i> <i>Anote "997" si responde que no sabe</i></p>	<p>_____</p> <p>KILÓMETROS</p>
BIENES DEL HOGAR		
HOU_33	<p>¿Tiene algún miembro del hogar una plancha para la ropa en buen estado de funcionamiento?</p>	<p>SÍ 01 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 02 <input type="checkbox"/></p>
HOU_34	<p>¿Tiene algún miembro del hogar una estufa de gas en buen estado de funcionamiento?</p>	<p>SÍ 01 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 02 <input type="checkbox"/></p>
HOU_35	<p>¿Tiene algún miembro del hogar una estufa de aceite en buen estado de funcionamiento?</p>	<p>SÍ 01 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 02 <input type="checkbox"/></p>
HOU_36	<p>¿Tiene algún miembro del hogar una máquina de coser en buen estado de funcionamiento?</p>	<p>SÍ 01 <input type="checkbox"/></p> <p>NO 02 <input type="checkbox"/></p>

HOU_37	¿Tiene algún miembro del hogar un procesador de alimentos en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_38	¿Tiene algún miembro del hogar una cocina a gas en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_39	¿Tiene algún miembro del hogar una estufa mejorada en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_40	¿Tiene algún miembro del hogar un refrigerador/congelador de alimentos en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_41	¿Tiene algún miembro del hogar un ventilador en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_42	¿Tiene algún miembro del hogar un aparato de aire acondicionado/aire acondicionado y calefacción en una sola unidad en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_43	¿Tiene algún miembro del hogar un radio/radiocasete en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_44	¿Tiene algún miembro del hogar un televisor en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_45	¿Tiene algún miembro del hogar un reproductor de cintas/CD/DVD en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_46	¿Tiene algún miembro del hogar una antena parabólica/decodificador en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_47	¿Tiene algún miembro del hogar un automóvil privado (que no utilice para el negocio) en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_48	¿Tiene algún miembro del hogar una motocicleta en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_49	¿Tiene algún miembro del hogar una bicicleta en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_50	¿Tiene algún miembro del hogar una cámara fotográfica o de vídeo en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>
HOU_51	¿Tiene algún miembro del hogar un instrumento musical en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/>

HOU_52	¿Tiene algún miembro del hogar un teléfono fijo en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_53	¿Tiene algún miembro del hogar un teléfono móvil en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_54	¿Tiene algún miembro del hogar una computadora en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_55	¿Tiene algún miembro del hogar un generador en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_56	¿Tiene algún miembro del hogar una carretilla en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_57	¿Tiene algún miembro del hogar una lavadora en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_58	¿Tiene algún miembro del hogar un bote/canoa en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_59	¿Tiene algún miembro del hogar un tractor en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_60	¿Tiene algún miembro del hogar una carreta con tiro de animal en buen estado de funcionamiento?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	
HOU_61	En este hogar, ¿alguno de sus miembros posee tierras agrícolas o trabaja en tierras agrícolas que no le pertenecen?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→ HOU_64
HOU_62	¿En cuántos campos o parcelas trabajan los miembros del hogar?	NÚMERO DE CAMPOS/PARCELAS			
HOU_63	¿Cuál es la superficie total de todos los campos o parcelas? <i>Entrevistador(a): Introduzca la unidad de medida pertinente</i>	TAMAÑO			
		[UNIDAD DE MEDIDA 1]	01	<input type="checkbox"/>	
		[UNIDAD DE MEDIDA 2]	02	<input type="checkbox"/>	
		[UNIDAD DE MEDIDA 3]	03	<input type="checkbox"/>	
HOU_64	En este hogar, ¿hay alguien que posea tierras que no se utilizan para la agricultura? Puede tratarse de terrenos asociados a una vivienda o a una empresa.	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→ HOU_66
HOU_65	¿Cuál es la superficie total de todas las tierras que no se utilizan para la agricultura?	TAMAÑO			
		[UNIDAD DE MEDIDA 1]	01	<input type="checkbox"/>	
		[UNIDAD DE MEDIDA 2]	02	<input type="checkbox"/>	

	<i>Entrevistador(a):</i>	[UNIDAD DE MEDIDA 3]	03 <input type="checkbox"/>
	<i>Introduzca la unidad de medida pertinente</i>		
HOU_66	¿Cuáles son las principales fuentes de ingresos del hogar?	Lea y marque todo lo que corresponda	
		EMPLEO	a. <input type="checkbox"/>
		TRANSFERENCIAS SOCIALES	b. <input type="checkbox"/>
		BECA	c. <input type="checkbox"/>
		ALQUILERES/PROPIEDADES	d. <input type="checkbox"/>
		TRANSFERENCIAS PRIVADAS	e. <input type="checkbox"/>
		EMPRESA FAMILIAR	f. <input type="checkbox"/>
		AGRICULTURA	g. <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	h. <input type="checkbox"/>
HOU_67	¿Posee el hogar algún tipo de ganado en la actualidad?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → HOU_75
HOU_68	¿Cuántos camellos posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_69	¿Cuántos caballos posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_70	¿Cuántas(os) vacas/búfalos posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_71	¿Cuántas ovejas posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_72	¿Cuántos gansos posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_73	¿Cuántos cerdos posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_74	¿Cuántas aves de corral posee el hogar en la actualidad?	_____	NÚMERO
HOU_75	¿Algún miembro del hogar está pagando un préstamo, ha obtenido un préstamo o ha comprado artículos a crédito durante los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>
		NO	02 <input type="checkbox"/> → HOU_83
HOU_76	¿Cuál fue el motivo del préstamo o compra a crédito más importante que un miembro del hogar ha obtenido/ha realizado en los últimos 12 meses?	HACER FRENTE A LOS GASTOS ESENCIALES DEL HOGAR (COMPRA DE ALIMENTOS, EDUCACIÓN DE LOS HIJOS, ETC.)	01 <input type="checkbox"/>
		COMPRAR UN VEHÍCULO (BICICLETA, MOTOCICLETA, AUTOMÓVIL)	02 <input type="checkbox"/>
		COMPRAR/REMODELAR/REPARAR/CONSTRUIR UNA CASA	03 <input type="checkbox"/>
		PARA PAGAR LOS GASTOS RELACIONADOS CON LA SALUD (MEDICAMENTOS, HONORARIOS DE MÉDICOS O DE HOSPITALES, ETC.)	04 <input type="checkbox"/>
		PARA PAGAR CEREMONIAS (NACIMIENTO, BAUTISMO, FUNERAL, MATRIMONIO, ETC.)	05 <input type="checkbox"/>

		ABRIR/AMPLIAR UN NEGOCIO	06	<input type="checkbox"/>	
		PARA PAGAR UN PRÉSTAMO ANTERIOR	07	<input type="checkbox"/>	
		PARA COMPRAR INSUMOS AGRÍCOLAS	08	<input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	09	<input type="checkbox"/>	
HOU_77	¿Quién/qué institución otorgó al hogar el préstamo o crédito?	GOBIERNO	01	<input type="checkbox"/>	
		BANCO/TARJETA DE CRÉDITO	02	<input type="checkbox"/>	
		GRUPO DE MICROCRÉDITO/FINANCIACIÓN	03	<input type="checkbox"/>	
		EMPLEADOR/PROPIETARIO DE LAS TIERRAS	04	<input type="checkbox"/>	
		PROVEEDOR DE MERCANCÍAS, EQUIPOS O MATERIAS PRIMAS	05	<input type="checkbox"/>	
		AMIGO(A)/FAMILIAR	06	<input type="checkbox"/>	
		PRESTAMISTA DE DINERO	07	<input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	08	<input type="checkbox"/>	
HOU_78	¿Se ha reembolsado por completo el préstamo o crédito?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→ HOU_81
	¿Cómo se pagó la deuda?	Lea y marque todo lo que corresponda			
		EN EFECTIVO	a.	<input type="checkbox"/>	
		MEDIANTE LA VENTA DE ALGUNOS BIENES	b.	<input type="checkbox"/>	
HOU_79		MEDIANTE TRABAJO DIRECTO PARA EL ACREEDOR POR PARTE DE LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR	c.	<input type="checkbox"/>	
		MEDIANTE MANO DE OBRA DIRECTA PARA EL ACREEDOR POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE EDAD	d.	<input type="checkbox"/>	
		EN ESPECIE	e.	<input type="checkbox"/>	
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	f.	<input type="checkbox"/>	
		NO SABE	g.	<input type="checkbox"/>	
HOU_80	¿Se retiró a algún niño de la escuela para pagar la deuda?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	DESPUÉS DE RESPONDER
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→ HOU_83
HOU_81	¿Se ha realizado algún pago para reembolsar la deuda?	SÍ	01	<input type="checkbox"/>	
		NO	02	<input type="checkbox"/>	→ HOU_83
HOU_82	¿Cómo se han realizado los pagos de la deuda?	Lea y marque todo lo que corresponda			
		EN EFECTIVO	a.	<input type="checkbox"/>	
		MEDIANTE LA VENTA DE ALGUNOS BIENES	b.	<input type="checkbox"/>	
		MEDIANTE TRABAJO DIRECTO PARA EL ACREEDOR POR PARTE DE LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR	c.	<input type="checkbox"/>	
		MEDIANTE MANO DE OBRA DIRECTA PARA EL ACREEDOR POR PARTE DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR MENORES DE EDAD	d.	<input type="checkbox"/>	

		EN ESPECIE	e. <input type="checkbox"/>	
	OTROS, ESPECIFIQUE _____		f. <input type="checkbox"/>	
		NO SABE	g. <input type="checkbox"/>	
PROTECCIÓN SOCIAL Y FINANCIACIÓN SOCIAL				
HOU_83	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de una pensión de jubilación (civil y militar, incluidos veteranos de la guerra,) en los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_85
HOU_84a	Indique los nombres de los miembros del hogar que han recibido una pensión de jubilación en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_84b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_84c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_84d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_84e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	
HOU_85	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de una pensión de viudez (en el caso de la pérdida del cónyuge) en los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_87
HOU_86a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han recibido una pensión de viudez en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_86b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_86c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_86d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_86e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	
HOU_87	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de una pensión por discapacidad (en el caso de accidente de trabajo) en los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_89
HOU_88a	Indique los nombres de los miembros del hogar que han recibido una pensión por discapacidad en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_88b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_88c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_88d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_88e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	
HOU_89	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa público de público en los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_91
HOU_90a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa público de empleo en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_90b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_90c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_90d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_90e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	

HOU_91	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa de transferencias en efectivo en los últimos 12 meses?		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
			NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_93
HOU_92a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa de transferencias en efectivo en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1		<input type="checkbox"/>	
HOU_92b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2		<input type="checkbox"/>	
HOU_92c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3		<input type="checkbox"/>	
HOU_92d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4		<input type="checkbox"/>	
HOU_92e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5		<input type="checkbox"/>	
HOU_93	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa de protección del niño en los últimos 12 meses?		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
			NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_95
HOU_94a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa de protección del niño en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1		<input type="checkbox"/>	
HOU_94b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2		<input type="checkbox"/>	
HOU_94c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3		<input type="checkbox"/>	
HOU_94d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4		<input type="checkbox"/>	
HOU_94e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5		<input type="checkbox"/>	
HOU_95	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses?		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
			NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_97
HOU_96a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1		<input type="checkbox"/>	
HOU_96b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2		<input type="checkbox"/>	
HOU_96c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3		<input type="checkbox"/>	
HOU_96d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4		<input type="checkbox"/>	
HOU_96e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5		<input type="checkbox"/>	
HOU_97	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses?		SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
			NO	02 <input type="checkbox"/>	→ HOU_99
HOU_98a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1		<input type="checkbox"/>	
HOU_98b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2		<input type="checkbox"/>	
HOU_98c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3		<input type="checkbox"/>	
HOU_98d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4		<input type="checkbox"/>	
HOU_98e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5		<input type="checkbox"/>	
HOU_99			SÍ	01 <input type="checkbox"/>	

	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses?	NO	02 <input type="checkbox"/>	→HOU_101
HOU_100a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_100b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_100c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_100d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_100e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	
HOU_101	¿Algún miembro del hogar se ha beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses?	SÍ	01 <input type="checkbox"/>	
		NO	02 <input type="checkbox"/>	→HOU_103
HOU_102a	Indique los nombres de los miembros del hogar que se han beneficiado de un programa/del programa [nombre del programa] en los últimos 12 meses <i>Entrevistador(a): Anote los códigos de identificación de hasta 5 personas beneficiadas</i>	IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 1	<input type="checkbox"/>	
HOU_102b		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 2	<input type="checkbox"/>	
HOU_102c		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 3	<input type="checkbox"/>	
HOU_102d		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 4	<input type="checkbox"/>	
HOU_102e		IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA 5	<input type="checkbox"/>	
PROBLEMAS GRAVES Y ESTRATEGIAS DE SUPERVIVENCIA				
HOU_103	Durante los últimos 3 años, ¿se vio el hogar afectado negativamente por alguno de los siguientes problemas?			
	<i>Si el hogar no ha sufrido ninguna de las siguientes situaciones, ponga fin a la entrevista</i>			
	<i>Lea y marque todo lo que corresponda</i>			
	SEQUÍA/LLUVIA IRREGULAR	a.	<input type="checkbox"/>	
	INUNDACIONES	b.	<input type="checkbox"/>	
	ELEVADA TASA DE ENFERMEDADES DE LOS CULTIVOS	c.	<input type="checkbox"/>	
	ELEVADA TASA DE ENFERMEDADES DE LOS ANIMALES	d.	<input type="checkbox"/>	
	GRAN DISMINUCIÓN DEL PRECIO DE LOS PRODUCTOS AGRÍCOLAS	e.	<input type="checkbox"/>	
	PRECIOS ELEVADOS DE LOS INSUMOS AGRÍCOLAS	f.	<input type="checkbox"/>	
	PRECIOS ELEVADOS DE LOS PRODUCTOS ALIMENTICIOS	g.	<input type="checkbox"/>	
	PÉRDIDA DE TRANSFERENCIAS REGULARES DE OTROS HOGARES	h.	<input type="checkbox"/>	
	GRANDES PÉRDIDAS DE INGRESOS FAMILIARES NO AGRÍCOLAS (DISTINTAS DE LAS CAUSADAS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD)	i.	<input type="checkbox"/>	
	QUIEBRA DE UN NEGOCIO FAMILIAR NO AGRÍCOLA	j.	<input type="checkbox"/>	
	GRANDES PÉRDIDAS DE INGRESOS SALARIALES (DISTINTAS DE LAS CAUSADAS POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD)	k.	<input type="checkbox"/>	
	PÉRDIDA DE UN MIEMBRO DEL HOGAR ASALARIADO	l.	<input type="checkbox"/>	
	ENFERMEDAD GRAVE O ACCIDENTE DE UN MIEMBRO DEL HOGAR	m.	<input type="checkbox"/>	
	FALLECIMIENTO DE UN MIEMBRO DEL HOGAR CON INGRESOS	n.	<input type="checkbox"/>	
	FALLECIMIENTO DE OTRO MIEMBRO DEL HOGAR	o.	<input type="checkbox"/>	
	DIVORCIO, SEPARACIÓN	p.	<input type="checkbox"/>	

		ROBO DE DINERO, BIENES, COSECHA	q. <input type="checkbox"/>
		CONFLICTO/VIOLENCIA/INSEGURIDAD	r. <input type="checkbox"/>
		OTROS, ESPECIFIQUE _____	s. <input type="checkbox"/>
HOU_104	De todos los problemas que han afectado al hogar, ¿cuáles fueron las tres más graves? Especifique en orden de la más grave a la menos grave de las tres.	_____ PROBLEMA MÁS GRAVE _____ PROBLEMA MÁS GRAVE SEGUNDO LUGAR _____ PROBLEMA MÁS GRAVE EN TERCER LUGAR	
HOU_105a	Como consecuencia del <i>[problema más grave]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los ingresos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_105b	Como consecuencia del <i>[problema más grave]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los bienes?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_105c	Como consecuencia del <i>[problema más grave]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la producción de alimentos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_105d	Como consecuencia del <i>[problema más grave]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en las existencias de productos alimenticios?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_105e	Como consecuencia del <i>[problema más grave]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la capacidad de compra de productos alimenticios?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_106a	Como consecuencia del <i>[problema más grave en segundo lugar]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los ingresos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_106b	Como consecuencia del <i>[problema más grave en segundo lugar]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los bienes?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_106c	Como consecuencia del <i>[problema más grave en segundo lugar]</i> , ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la producción de alimentos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_106d		AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>

	Como consecuencia del [<i>problema más grave en segundo lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en las existencias de productos alimenticios?	DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_106e	Como consecuencia del [<i>problema más grave en segundo lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la capacidad de compra de productos alimenticios?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_107a	Como consecuencia del [<i>problema más grave en tercer lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los ingresos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_107b	Como consecuencia del [<i>problema más grave en tercer lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución de los bienes?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_107c	Como consecuencia del [<i>problema más grave en tercer lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la producción de alimentos?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_107d	Como consecuencia del [<i>problema más grave en tercer lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en las existencias de productos alimenticios?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_107e	Como consecuencia del [<i>problema más grave en tercer lugar</i>], ¿experimentó el hogar un aumento o una disminución en la capacidad de compra de productos alimenticios?	AUMENTO	01 <input type="checkbox"/>
		DISMINUCIÓN	02 <input type="checkbox"/>
		NINGÚN CAMBIO	03 <input type="checkbox"/>
HOU_108	¿Qué estrategias adoptó el hogar tras el [<i>problema más grave</i>] para hacer frente a la situación?		
		USO DEL AHORRO	a. <input type="checkbox"/>
		AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS	b. <input type="checkbox"/>
		AYUDA DEL GOBIERNO/ESTADO	c. <input type="checkbox"/>
		AYUDA DE ORGANIZACIONES RELIGIOSAS O DE ONG	d. <input type="checkbox"/>
		MATRIMONIO DE LOS HIJOS	e. <input type="checkbox"/>
		CAMBIO DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO (COMPRA DE ALIMENTOS MÁS BARATOS, DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA, REDUCCIÓN DE LAS CANTIDADES INGERIDAS, ETC.)	f. <input type="checkbox"/>
		LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TRABAJAN ACEPTARON UN TRABAJO COMPLEMENTARIO	g. <input type="checkbox"/>

	LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR QUE NO TRABAJAN O ESTABAN DESEMPLEADOS CONSIGUIERON UN TRABAJO	h. <input type="checkbox"/>
	SE PIDIÓ A LOS NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS QUE TRABAJEN	i. <input type="checkbox"/>
	SE RETIRÓ A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA	j. <input type="checkbox"/>
	MIGRACIÓN DE UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR	k. <input type="checkbox"/>
	DISMINUCIÓN DE LOS GASTOS EN SALUD/EDUCACIÓN	l. <input type="checkbox"/>
	OBTENCIÓN DE CRÉDITO	m. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE HERRAMIENTAS AGRÍCOLAS	n. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE BIENES DEL HOGAR DURADEROS	o. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE TERRENOS/MUEBLES/VIVIENDAS	p. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE EXISTENCIAS DE ALIMENTOS	q. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE ANIMALES	r. <input type="checkbox"/>
	SE AUMENTARON LAS ACTIVIDADES DE CAZA Y/O PESCA	s. <input type="checkbox"/>
	SE ENVIÓ A LOS NIÑOS A OTROS HOGARES	t. <input type="checkbox"/>
	SE REALIZARON ACTIVIDADES ESPIRITUALES (REZOS, SACRIFICIOS, CONSULTAS A BRUJOS(AS))	u. <input type="checkbox"/>
	SE CULTIVARON ALIMENTOS EN TEMPORADAS EN LAS QUE NORMALMENTE NO SE REALIZAN TRABAJOS AGRÍCOLAS	v. <input type="checkbox"/>
	OTROS, ESPECIFIQUE _____	w. <input type="checkbox"/>
	NADA	x. <input type="checkbox"/>
HOU_109	¿Qué estrategias adoptó el hogar tras el <i>[problema más grave en segundo lugar]</i> para hacer frente a la situación?	
	USO DEL AHORRO	a. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS	b. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DEL GOBIERNO/ESTADO	c. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DE ORGANIZACIONES RELIGIOSAS O DE ONG	d. <input type="checkbox"/>
	MATRIMONIO DE LOS HIJOS	e. <input type="checkbox"/>
	CAMBIO DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO (COMPRA DE ALIMENTOS MÁS BARATOS, DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA, REDUCCIÓN DE LAS CANTIDADES INGERIDAS, ETC.)	f. <input type="checkbox"/>
	LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TRABAJAN ACEPTARON UN TRABAJO COMPLEMENTARIO	g. <input type="checkbox"/>
	LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR QUE NO TRABAJAN O ESTABAN DESEMPLEADOS CONSIGUIERON UN TRABAJO	h. <input type="checkbox"/>
	SE PIDIÓ A LOS NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS QUE TRABAJEN	i. <input type="checkbox"/>
	SE RETIRÓ A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA	j. <input type="checkbox"/>

	MIGRACIÓN DE UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR	k. <input type="checkbox"/>
	DISMINUCIÓN DE LOS GASTOS EN SALUD/EDUCACIÓN	l. <input type="checkbox"/>
	OBTENCIÓN DE CRÉDITO	m. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE HERRAMIENTAS AGRÍCOLAS	n. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE BIENES DEL HOGAR DURADEROS	o. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE TERRENOS/MUEBLES/VIVIENDAS	p. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE EXISTENCIAS DE ALIMENTOS	q. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE ANIMALES	r. <input type="checkbox"/>
	SE AUMENTARON LAS ACTIVIDADES PESQUERAS	s. <input type="checkbox"/>
	SE ENVIÓ A LOS NIÑOS A OTROS HOGARES	t. <input type="checkbox"/>
	SE REALIZARON ACTIVIDADES ESPIRITUALES (REZOS, SACRIFICIOS, CONSULTAS A BRUJOS(AS))	u. <input type="checkbox"/>
	SE CULTIVARON ALIMENTOS EN TEMPORADAS EN LAS QUE NORMALMENTE NO SE REALIZAN TRABAJOS AGRÍCOLAS	v. <input type="checkbox"/>
	OTROS, ESPECIFIQUE _____	w. <input type="checkbox"/>
	NADA	x. <input type="checkbox"/>
HOU_110	¿Qué estrategias adoptó el hogar tras el <i>[problema más grave en tercer lugar]</i> para hacer frente a la situación?	
	USO DEL AHORRO	a. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DE FAMILIARES O AMIGOS	b. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DEL GOBIERNO/ESTADO	c. <input type="checkbox"/>
	AYUDA DE ORGANIZACIONES RELIGIOSAS O DE ONG	d. <input type="checkbox"/>
	MATRIMONIO DE LOS HIJOS	e. <input type="checkbox"/>
	CAMBIO DE LOS HÁBITOS DE CONSUMO (COMPRA DE ALIMENTOS MÁS BARATOS, DISMINUCIÓN DEL NÚMERO DE COMIDAS AL DÍA, REDUCCIÓN DE LAS CANTIDADES INGERIDAS, ETC.)	f. <input type="checkbox"/>
	LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TRABAJAN ACEPTARON UN TRABAJO COMPLEMENTARIO	g. <input type="checkbox"/>
	LOS MIEMBROS ADULTOS DEL HOGAR QUE NO TRABAJAN O ESTABAN DESEMPLEADOS CONSIGUIERON UN TRABAJO	h. <input type="checkbox"/>
	SE PIDIÓ A LOS NIÑOS MENORES DE 15 AÑOS QUE TRABAJEN	i. <input type="checkbox"/>
	SE RETIRÓ A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA	j. <input type="checkbox"/>
	MIGRACIÓN DE UNO O MÁS MIEMBROS DEL HOGAR	k. <input type="checkbox"/>
	DISMINUCIÓN DE LOS GASTOS EN SALUD/EDUCACIÓN	l. <input type="checkbox"/>
	OBTENCIÓN DE CRÉDITO	m. <input type="checkbox"/>
	VENTA DE HERRAMIENTAS AGRÍCOLAS	n. <input type="checkbox"/>

VENTA DE BIENES DEL HOGAR DURADEROS	o. <input type="checkbox"/>
VENTA DE TERRENOS/MUEBLES/VIVIENDAS	p. <input type="checkbox"/>
VENTA DE EXISTENCIAS DE ALIMENTOS	q. <input type="checkbox"/>
VENTA DE ANIMALES	r. <input type="checkbox"/>
SE AUMENTARON LAS ACTIVIDADES PESQUERAS	s. <input type="checkbox"/>
SE ENVIÓ A LOS NIÑOS A OTROS HOGARES	t. <input type="checkbox"/>
SE REALIZARON ACTIVIDADES ESPIRITUALES (REZOS, SACRIFICIOS, CONSULTAS A BRUJOS(AS))	u. <input type="checkbox"/>
SE CULTIVARON ALIMENTOS EN TEMPORADAS EN LAS QUE NORMALMENTE NO SE REALIZAN TRABAJOS AGRÍCOLAS	v. <input type="checkbox"/>
OTROS, ESPECIFIQUE _____	w. <input type="checkbox"/>
NADA	x. <input type="checkbox"/>

