

## ENCUESTA NACIONAL DE ACTIVIDADES REALIZADAS POR NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES, 2011 (NIÑO)

### A I. IDENTIFICACIÓN

1. Región _____ <input type="checkbox"/>	
2. Departamento _____ <input type="checkbox"/>	
3. Municipio _____ <input type="checkbox"/>	
4. Clase _____ <input type="checkbox"/>	8. Segmento _____ <input type="checkbox"/>
5. Sector _____ <input type="checkbox"/>	9. Estrato de diseño _____ <input type="checkbox"/>
6. Sección _____ <input type="checkbox"/>	10. Edificación _____ <input type="checkbox"/>
7. Manzana _____ <input type="checkbox"/>	11. Vivienda número _____ <input type="checkbox"/>
12. Barrio, centro poblado o vereda _____	18. Total de personas en el hogar _____ <input type="checkbox"/>
13. Dirección: _____	19. Número de personas entre 5 y 17 años encontradas en el hogar por la <b>GEIH</b> _____ <input type="checkbox"/>
14. ¿Tiene número de teléfono? 1. <input type="radio"/> Sí → Número _____ 2. <input type="radio"/> No	20. Número de personas entre 5 y 17 años que se encuentra en el hogar actualmente _____ <input type="checkbox"/>
15. Total de hogares en la vivienda identificados en <b>GEIH</b> _____ <input type="checkbox"/>	21. Resultado final de la encuesta
16. Total de hogares en la vivienda con niños entre 5 y 17 años _____ <input type="checkbox"/>	1. <input type="radio"/> Encuesta completa      6. <input type="radio"/> Vacante
17. Hogar número, según la GEIH _____ <input type="checkbox"/>	2. <input type="radio"/> Rechazo      7. <input type="radio"/> Ausente temporalmente
	3. <input type="radio"/> Encuesta incompleta      8. <input type="radio"/> Otros
	4. <input type="radio"/> Nadie en el hogar      9. <input type="radio"/> No aplica
	5. <input type="radio"/> Ocupado

### A II. CONTROL DE CALIDAD DE LA ENCUESTA

#### 1. RECOLECCIÓN

Encuestador  Nombre \_\_\_\_\_ Semana de recolección

#### RESULTADO DE LA ENCUESTA

Visita número	1	2	3	4
Fecha (día-mes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hora de inicio (hora-minutos)	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
Hora de terminación (hora-minutos)	<input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
Resultado (*)	1. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 7. <input type="radio"/>	1. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 7. <input type="radio"/>	1. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 7. <input type="radio"/>	1. <input type="radio"/> 4. <input type="radio"/> 7. <input type="radio"/>
	2. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 8. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 8. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 8. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/> 5. <input type="radio"/> 8. <input type="radio"/>
	3. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/> 9. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/> 9. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/> 9. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/> 6. <input type="radio"/> 9. <input type="radio"/>

#### 2. SUPERVISIÓN DE LA ENCUESTA

Supervisor

Fecha (día-mes)

Nombre \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## B. CARACTERÍSTICAS GENERALES

Transcribir los datos provenientes del formato de personas identificadas de la GEIH, para las preguntas 1 a 4

1. Número de orden del niño, niña o adolescente entre 5 y 17 años de edad

2. Nombre del niño, niña o adolescente \_\_\_\_\_

3. Sexo  
 1.  Hombre  
 2.  Mujer

4. Escriba la edad que registraron en la GEIH Edad

### No formule esta pregunta al entrevistado y marque usted

Actualmente el niño, niña o adolescente:

1.  Tiene entre 5 y 17 años y vive con  **Pase al capítulo "C"**  
 otros adultos

2.  Tiene entre 12 y 17 años de edad y es jefe del hogar

Si marcó 2, por favor continúe en el capítulo G "Adolescentes jefes de hogar"

## C. EDUCACIÓN

1. ¿Sabe leer y escribir?

1.  Sí  
 2.  No

2. ¿Ha ido alguna vez al preescolar o a la escuela primaria?

1.  Sí  **Pase a C4**  
 2.  No

3. ¿Por qué razón principal nunca ha ido al preescolar o a la escuela primaria?

(Espere respuesta)

1.  Enfermedad/discapacidad  
 2.  No hay centro educativo cercano  
 3.  No dispone de dinero para pagar los estudios  
 4.  Sus padres no permiten la escolarización  
 5.  Problemas de seguridad (presencia de pandillas, grupos armados ilegales)  
 6.  Miedo al abuso por parte de los compañeros (matoneo)  
 7.  Por aprender un oficio  
 8.  Porque tiene que trabajar o buscar trabajo  
 9.  Porque los padres consideran que no está en edad escolar  
 10.  No hay cupo  
 11.  Debe encargarse de los oficios del hogar  
 12.  Cambio de residencia  
 13.  Por desplazamiento forzado por la violencia  
 14.  Por desastres naturales  
 15.  Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Pase a C10

4. ¿Usted asiste actualmente a la escuela, colegio o universidad, recibiendo clases de educación formal?

1.  Sí  **Pase a C6**  
 2.  No

5. Actualmente, ¿por qué razón principal no asiste a la escuela, colegio o universidad?

(Espere respuesta)

1.  Tiene que trabajar o buscar trabajo  
 2.  No dispone de dinero para pagar los estudios  
 3.  Porque los padres o acudientes consideran que no está en edad escolar  
 4.  No hay cupo  
 5.  No hay centro educativo cercano  
 6.  No le gusta  
 7.  Debe encargarse de los oficios del hogar  
 8.  Cambio de residencia  
 9.  Por embarazo o porque tiene un hijo  
 10.  Problemas de seguridad (presencia de pandillas, grupos armados ilegales)  
 11.  Problemas de abuso por parte de los compañeros (matoneo)  
 12.  Enfermedad/discapacidad  
 13.  Por aprender un oficio  
 14.  Por desplazamiento forzado por la violencia  
 15.  Por desastre natural  
 16.  Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

Pase a C10

6. ¿Cómo lo corrigen usualmente en el establecimiento educativo?

(Espere respuesta)

1.  Dejándolo sin recreo  
 2.  Colocándole tareas adicionales para realizar fuera de la jornada escolar  
 3.  Malos tratos verbales (gritos, insultos, regaños, cantaleta, amenazas, etc.)  
 4.  Castigos físicos (reglazos, pellizcos, tirón de orejas, palmadas, golpes, etc.)  
 5.  Con suspensión de clases o citación de padres o acudientes o anotación en el observador  
 6.  Hablándole y explicándole las razones por las cuales su comportamiento no fue correcto  
 7.  No lo corrigen  
 8.  De otra forma, ¿cuál? \_\_\_\_\_

7. ¿Recibe malos tratos en el establecimiento educativo?

1.  Sí  
 ¿De quién?
- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. De profesores o maestros                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Del rector, coordinador disciplinario o su equivalente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. De compañeros  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. De otras personas                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
2.  No

8. ¿Falta seguido a clases? (más de 4 días en el mes)

1.  Sí  
 2.  No  **Pase a C10**

9. ¿Cuál es la principal razón por la que falta o no asiste regularmente a clase?

(Espere respuesta)

1.  Está trabajando  
 2.  Está buscando trabajo  
 3.  Falta de dinero para ir a la escuela o colegio  
 4.  Ayuda a sus padres o parientes en el trabajo  
 5.  Tiene que hacer las oficios domésticos  
 6.  Problemas familiares  
 7.  Problemas de conducta o rendimiento escolar  
 8.  Problemas de salud  
 9.  Por embarazo o porque tiene un hijo  
 10.  Se queda dormido, no le exigen o no quiere ir a la escuela o colegio  
 11.  Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

10. Normalmente ¿a qué hora se levanta y se acuesta?

	Se levanta	Se acuesta
Entre semana	Hora <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Fin de semana	Hora <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

**D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS**

1. ¿En que actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?  
*(Espere respuesta)*

1.  Trabajando → *Pase a D8*  
 2.  Buscando trabajo  
 3.  Estudiando  
 4.  En vacaciones escolares  
 5.  Oficios del hogar  
 6.  Incapacitado permanente para trabajar → *Pase a E1*  
 7.  Otra actividad, ¿cuál? \_\_\_\_\_

2. Además de lo anterior, ¿usted realizó la semana pasada alguna actividad paga por una hora o más?  
 1.  Sí → *Pase a D8*  
 2.  No

3. Aunque usted no trabajó la semana pasada por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?  
 1.  Sí → *Pase a D8*  
 2.  No

4. ¿Trabajó o colaboró la semana pasada en un negocio familiar por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?  
 1.  Sí → *Pase a D8*  
 2.  No

5. En las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?  
 1.  Sí  
 2.  No → *Pase a D25*

6. Si le hubiera resultado un trabajo, ¿estaba disponible la semana pasada para empezar a trabajar?  
 1.  Sí  
 2.  No → *Pase a D25*

7. ¿Por qué razón estaba buscando trabajo?  
*(Espere respuesta)*

1.  Para ayudar con los gastos de la casa  
 2.  Para pagar los estudios  
 3.  Porque le gusta trabajar  
 4.  Para tener un oficio desde joven  
 5.  Para pagar sus propios gastos  
 6.  Porque lo obligan  
 7.  Por embarazo o porque tiene un hijo  
 8.  Porque prefiere trabajar a estudiar  
 9.  Por problemas familiares  
 10.  Ninguna  
 11.  Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

*Pase a D25*

8. ¿A qué actividad se dedica principalmente la empresa o establecimiento en el que trabaja?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

□ □ □ □

9. Usualmente, ¿qué hace en este trabajo?  
 1. Tarea 1 \_\_\_\_\_ □ □ □ □  
 2. Tarea 2 \_\_\_\_\_ □ □ □ □

10. ¿Qué herramientas usa para realizar su trabajo?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Además de este trabajo, ¿realiza otro tipo de trabajos?  
 1.  Sí  
 2.  No  
 9.  No sabe ] *Pase a D14*

12. ¿A qué actividad se dedica principalmente la segunda empresa o establecimiento en el que trabaja?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

□ □ □ □

13. Usualmente ¿qué tareas realiza ... en este segundo trabajo?  
 1. Tarea 1 \_\_\_\_\_ □ □ □ □  
 2. Tarea 2 \_\_\_\_\_ □ □ □ □

14. Normalmente, ¿usted con quién trabaja?  
*(Espere respuesta)*

1.  Solo  
 2.  Con sus padres  
 3.  Con otros adultos de la familia o del hogar  
 4.  Con otro(s) adulto(s)  
 5.  Con otros menores de 18 años

15. ¿Quién recibe lo que usted gana por su trabajo?  
 1.  Usted mismo  
 2.  Otra persona. ¿Quién?  
     1.  Sus padres  
     2.  Otros familiares  
     3.  Una persona distinta de la familia  
 3.  No recibe remuneración *Pase a D17*

16. ¿En qué se gasta o invierte principalmente lo que usted gana por su trabajo?  
*(Espere respuesta)*

1.  Juegos, diversión, esparcimiento, etc.  
 2.  Gastos personales en alimentación, estudio, vestuario, etc.  
 3.  Gastos del hogar  
 4.  Envía dinero o especie a otros hogares  
 5.  Ahorro  
 6.  No sabe, no informa  
 7.  Otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS (continuación)**

17. ¿Por qué razón principal trabaja?

(Espere respuesta)

- 1.  Debe ayudar a costearse el estudio
- 2.  Debe ayudar con los gastos de la casa
- 3.  Debe participar en la actividad económica de la familia
- 4.  El trabajo lo forma y lo hace honrado
- 5.  El trabajo lo aleja de los vicios
- 6.  Le gusta trabajar para tener su propio dinero
- 7.  Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

18. En el trabajo que realiza, ¿usted se siente contento o satisfecho?

- 1.  Sí
- 2.  No

19. ¿Suele sentir algún tipo de dolencia o molestia física o psicológica cuando trabaja?

- 1.  Sí, ¿cuál? **Responda literales A y B**
- 2.  No **→ Pase a D20**

(Leer alternativas)

- | A. Molestias o dolencias físicas                 | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Debe hacer mucha fuerza, se cansa             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Debe trabajar en posiciones incómodas         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. No tiene tiempo para descansar                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le duele la cabeza, los ojos, los oídos       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Se lastima las manos continuamente            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B. Molestias de tipo psicológico                 | Sí                    | No                    |
| 1. No le gusta realizar este tipo de actividades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le aburre realizarlas                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo obligan a realizarlas                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le da vergüenza realizarlas                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo insultan, lo humillan o presionan mucho    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

20. ¿Cuáles de los siguientes inconvenientes encuentra usted en su trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Es mal remunerado  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. El trabajo que desempeña le da pena o vergüenza  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Hay malas relaciones con sus compañeros  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Jornadas de trabajo muy largas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Jornadas con descansos insuficientes o muy cortos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Tratos indebidos físicos o psicológicos (amenazas, insultos, acoso sexual, golpes, etc.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Presión o acoso por parte de autoridades   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Tareas monótonas y repetitivas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Presencia de pandillas o grupos ilegales   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Otro, ¿cuál? _____   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Ninguna de las anteriores  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. ¿Cuáles de las siguientes situaciones encuentra en su sitio de trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Ruidos o vibraciones   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Mala iluminación   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Variaciones climáticas o cambios bruscos de temperatura  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Trabajos que deben realizarse bajo tierra, bajo agua, en alturas peligrosas o en espacios cerrados                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Exposición a tóxicos (ácidos, venenos, gases, rayos x, rayos solares)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Exige mucho esfuerzo físico (malas posturas corporales, manipulación o transporte de cargas pesadas, ejercicios fuertes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Picaduras de insectos y/o mordeduras de animales   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Manipulación de maquinaria, equipos y/o herramientas peligrosas  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Falta de herramientas o implementos de trabajo adecuados   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Riesgo de choque eléctrico, incendio o explosión   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. Manejo de armas de fuego o explosivos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m. Jornadas de trabajo muy largas, nocturnas, o con descansos insuficientes o muy cortos.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n. Ninguna de las anteriores  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección necesita para realizar su trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Necesita              |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | Sí                    | No                    |
| 1. Casco                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Delantal, chaleco o vestido de seguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Zapatos o botas especiales               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Guantes                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gafas de seguridad                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Arnés                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tapones para los oídos                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Protector respiratorio                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cinturón de seguridad                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Protector facial o careta               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. No sabe                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Otro, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

23. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección utiliza para realizar su trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Utiliza               |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | Sí                    | No                    |
| 1. Casco                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Delantal, chaleco o vestido de seguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Zapatos o botas especiales               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Guantes                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gafas de seguridad                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Arnés                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tapones para los oídos                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Protector respiratorio                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cinturón de seguridad                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Protector facial o careta               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. No sabe                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Otro, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## D. ACTIVIDADES ECONÓMICAS (conclusión)

24. Si la semana pasada usted estudió y trabajó, el horario en el que usted realizó su trabajo fue:

(Leer alternativas)

1.  ¿Después de clases?
2.  ¿Antes de clases?
3.  ¿Antes y después de clases?
4.  ¿Fines de semana?
5.  No estudiaba
6.  Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_

25. ¿Usted trabajó alguna vez en su vida como asalariado, independiente, trabajador familiar o ayudante sin remuneración?

(No tenga en cuenta su situación laboral actual)

1.  Sí
2.  No → Pase a E1

26. ¿Cuál fue la razón principal por la que usted empezó a trabajar?

(Espere respuesta)

1.  Debía ayudar a costearse el estudio
2.  Debía ayudar con los gastos de la casa
3.  Debía participar en la actividad económica de la familia
4.  El trabajo lo formaba y lo hacía honrado
5.  El trabajo lo alejaba de los vicios
6.  Le gustaba trabajar para tener su propio dinero
7.  Para aprender un oficio
8.  Por embarazo o porque tiene un hijo
9.  Otra razón, ¿cuál?

## E. OTRAS ACTIVIDADES Y AYUDAS EN LA SEMANA PASADA

1. Adicional a las actividades que me informo haber realizado, ¿cuáles de las siguientes actividades para el beneficio de su propio hogar realizó la semana pasada?

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Atendió la huerta casera  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ayudó en la cría y cuidado de animales de la casa para el consumo del hogar   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Colaboró en actividades agrícolas como abonar la tierra, echar semilla, sembrar, almacenar y cosechar productos para el consumo del hogar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Participó en la pesca o caza de animales para el consumo del hogar  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Recogió agua o madera para uso del hogar  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a-e son iguales a NO entonces pase a 3

2. ¿Cuántas horas al día le dedicó a las actividades en beneficio de su propio hogar, descritas anteriormente, durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

3. En la semana pasada ¿cuáles de las siguientes actividades de elaboración de productos textiles o artesanías para el consumo del hogar realizó?

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Elaboró prendas de vestir o tejidos para miembros del hogar                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ayudó en la fabricación/elaboración de artesanías para uso propio o del hogar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a-b son iguales a NO entonces pase a 5

4. ¿Cuántas horas al día le dedicó a la elaboración de productos textiles o artesanías para el consumo del hogar durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

5. ¿La semana pasada realizó actividades de autoconstrucción de la vivienda?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Trabajó en la autoconstrucción de vivienda | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a es igual a NO entonces pase a 7

6. ¿Cuántas horas al día le dedicó a la autoconstrucción de la vivienda durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

7. ¿Cuáles de las siguientes actividades de ayuda o compañía a un familiar o a otra persona hizo... la semana pasada?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Ayudó o acompañó a un familiar u otra persona que trabaja como empleado u obrero en actividades mineras                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Ayudó o acompañó a un familiar que trabaja como empleado u obrero en talleres de reparación (calzado, mecánica, carpintería) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Ayudó o acompañó a un familiar en su trabajo o empleo en el servicio doméstico, como mayordomo o jornalero, etc              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Ayudó o acompañó a un familiar u otra persona que trabaja como empleado en un medio de transporte                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a-d son iguales a NO entonces pase a 9

8. ¿Cuántas horas al día le dedicó ... a las anteriores actividades de ayuda o compañía a un familiar o a otra persona durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

9. ¿Cuáles de las siguientes actividades voluntarias hizo la semana pasada?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Realizó oficios no remunerados en otros hogares o instituciones                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Realizó trabajos comunitarios o voluntarios en edificaciones u obras comunitarias o públicas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si a-b son iguales a NO entonces pase a 11

10. ¿Cuántas horas al día le dedicó a las anteriores actividades voluntarias durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

### E. OTRAS ACTIVIDADES Y AYUDAS EN LA SEMANA PASADA (conclusión)

11. ¿Realizó la semana pasada alguna de las siguientes actividades?

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Pidió dinero en la calle o en transportes públicos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Cantó en la calle o en transportes públicos   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Cuidó y/o limpió carros en la calle   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Trabajó como malabarista callejero (y otras actividades similares realizadas en la calle) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

*Si a-d son iguales a NO entonces pase a 13*

12. ¿Cuántas horas al día le dedicó a las anteriores actividades durante la semana pasada?

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

13. Adicional a las actividades que me informé haber realizado, ¿hizo otras actividades de ayuda al hogar durante la semana pasada?

- a. Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_ Sí  No

Lu.	Ma.	Mi.	Ju.	Vi.	Sá.	Do.

### F. ACTIVIDADES NO ECONÓMICAS EN SU PROPIO HOGAR

1. ¿La semana pasada usted realizó o colaboró en oficios del hogar?

(lavar, planchar, cocinar, cuidar niños más pequeños y/o a personas enfermas o con discapacidades del hogar, hacer mandados y/o mercados, limpieza y mantenimiento del hogar, etc.)

1.  Sí  
 2.  No  
 3.  Es trabajador(a) doméstico(a) interno(a) ] **Pase a F8**

2. ¿Cuáles oficios realizó la semana pasada?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. Lavar  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Planchar   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Cocinar  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Cuidar niños más pequeños y/o personas enfermas o con discapacidades del hogar | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Hacer mandados y/o mercados  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lavar ollas, platos, vajilla, loza   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Limpieza y mantenimiento del hogar   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otros, ¿cuáles? _____  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

3. ¿Es usted el principal responsable de realizar estos oficios?

1.  Sí  
 2.  No

4. ¿Cuántas horas por día le dedica usted a los oficios del hogar?

	Horas
Lunes	<input type="text"/> <input type="text"/>
Martes	<input type="text"/> <input type="text"/>
Miércoles	<input type="text"/> <input type="text"/>
Jueves	<input type="text"/> <input type="text"/>
Viernes	<input type="text"/> <input type="text"/>
Sábado	<input type="text"/> <input type="text"/>
Domingo	<input type="text"/> <input type="text"/>

5. Si no realiza de manera adecuada los oficios del hogar, ¿cómo lo corrigen usualmente?

*(Espere respuesta)*

1.  Con castigos físicos (correazos, palmadas, pellizcos, tirón de orejas, golpes, etc.)  
 2.  Encerrándolo  
 3.  Restringiéndole la alimentación  
 4.  Dejándolo fuera de la casa  
 5.  Con malos tratos verbales (gritos, insultos, regañones, cantaleta, amenaza, etc.)  
 6.  Quitándole o prohibiéndole lo que le gusta  
 7.  Tratándolo con indiferencia (no hablándole)  
 8.  Hablándole y explicándole las razones por las cuales su comportamiento no fue correcto  
 9.  No lo corrigen  
 10.  No aplica por ser hogar unipersonal ] **Pase a F7**  
 11.  De otra forma, ¿cuál? \_\_\_\_\_

6. Usualmente, ¿quién lo corrige?

*(Espere respuesta)*

1.  Padre  
 2.  Madre  
 3.  Abuelo(a), tío(a)  
 4.  Otros familiares  
 5.  No familiares

7. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido accidentes mientras realizaba los oficios del hogar?

1.  Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_  
 2.  No

### OBSERVACIONES

---



---



---

## F. ACTIVIDADES NO ECONÓMICAS EN SU PROPIO HOGAR (conclusión)

8. ¿Suele sentir algún tipo de dolencia o molestia física o psicológica cuando realiza las actividades domésticas?

1.  Sí, ¿cuál? → *Responda literales A y B*

2.  No → *Pase a F9*

*(Leer alternativas)*

### A. Molestias o dolencias físicas

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Debe hacer mucha fuerza, se cansa       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Debe trabajar en posiciones incómodas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. No tiene tiempo para descansar          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le duele la cabeza, los ojos, los oídos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Se lastima las manos continuamente      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

### B. Molestias de tipo psicológico

- |  | Sí                    | No                    |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. No le gusta realizar este tipo de actividades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le aburre realizarlas                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo obligan a realizarlas                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le da vergüenza realizarlas                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo insultan, lo humillan o presionan mucho    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

9. De las siguientes actividades, ¿cuál preferiría hacer actualmente?

*(Leer alternativas)*

1.  Solo estudiar
2.  Solo trabajar
3.  Solo colaborar en los oficios del hogar
4.  Estudiar y trabajar al mismo tiempo
5.  Estudiar y colaborar con los oficios del hogar
6.  Trabajar y colaborar con los oficios del hogar
7.  Estudiar, trabajar y realizar oficios del hogar
8.  Ninguna de estas actividades
9.  Otra actividad, ¿cuál? \_\_\_\_\_

## G. ADOLESCENTES JEFES DE HOGAR

### EDUCACIÓN

1. ¿Usted asiste actualmente a la escuela, colegio o universidad, recibiendo clases de educación formal?

1.  Sí

2.  No → *Pase a G6*

4. ¿Falta seguido a clases? (más de 4 días en el mes)

1.  Sí

2.  No → *Pase a G6*

2. ¿Cómo lo corrigen usualmente en el establecimiento educativo?

*(Espere respuesta)*

1.  Dejándolo sin recreo
2.  Colocándole tareas adicionales para realizar fuera de la jornada escolar
3.  Malos tratos verbales (gritos, insultos, regaños, cantaleta, amenaza, etc.)
4.  Castigos físicos (reglazos, pellizcos, tirón de orejas, palmadas, golpes, etc.)
5.  Con suspensión de clases o citación de padres o acudientes o anotación en el observador
6.  Hablándole y explicándole las razones por las cuales su comportamiento no fue correcto
7.  No lo corrigen
8.  De otra forma, ¿cuál? \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la principal razón por la que falta o no asiste regularmente a clase?

*(Espere respuesta)*

1.  Está trabajando
2.  Está buscando trabajo
3.  Falta de dinero para ir a la escuela o colegio
4.  Ayuda a sus padres o parientes en el trabajo
5.  Tiene que hacer las oficios domésticos
6.  Problemas familiares
7.  Problemas de conducta o rendimiento escolar
8.  Problemas de salud
9.  Por embarazo o porque tiene un hijo
10.  Se queda dormido, no le exigen o no quiere ir a la escuela o colegio
11.  Otra, ¿cuál? \_\_\_\_\_

3. ¿Recibe malos tratos en el establecimiento educativo?

1.  Sí. ¿De quién?

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 1. De profesores o maestros                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Del rector, coordinador disciplinario o su equivalente | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. De compañeros  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. De otras personas                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

2.  No

6. Normalmente ¿a qué hora se levanta y se acuesta?

- |               | Se levanta                                     | Se acuesta                                |
|---------------|--|---|
| Entre semana  | Hora <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| Fin de semana | Hora <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

**G. ADOLESCENTES JEFES DE HOGAR**

**ACTIVIDADES ECONÓMICAS (continuación)**

7. ¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana pasada?

(Espere respuesta)

- 1.  Trabajando → **Pase a G13**
- 2.  Buscando trabajo
- 3.  Estudiando
- 4.  En vacaciones escolares
- 5.  Oficios del hogar
- 6.  Incapacitado permanente para trabajar → **Pase a G24**
- 7.  Otra actividad, ¿cuál? \_\_\_\_\_

8. Además de lo anterior, ¿usted realizó la semana pasada alguna actividad paga por una hora o más?

- 1.  Sí → **Pase a G13**
- 2.  No

9. Aunque usted no trabajó la semana pasada por una hora o más en forma remunerada, ¿tenía durante esa semana algún trabajo o negocio por el que recibe ingresos?

- 1.  Sí → **Pase a G13**
- 2.  No

10. ¿Trabajó o colaboró la semana pasada en un negocio familiar por UNA HORA O MÁS sin que le pagaran?

- 1.  Sí → **Pase a G13**
- 2.  No

11. En las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿hizo alguna diligencia para conseguir un trabajo o instalar un negocio?

- 1.  Sí
- 2.  No → **Pase a G24**

12. ¿Por qué razón estaba buscando trabajo?

(Espere respuesta)

- 1.  Para ayudar con los gastos de la casa
- 2.  Para pagar los estudios
- 3.  Porque le gusta trabajar
- 4.  Para tener un oficio desde joven
- 5.  Para pagar sus propios gastos
- 6.  Porque lo obligan
- 7.  Por embarazo o porque tiene un hijo
- 8.  Porque prefiere trabajar a estudiar
- 9.  Por problemas familiares
- 10.  Ninguna
- 11.  Otra razón, ¿cuál? \_\_\_\_\_

**Pase a G23**

13. Usualmente, ¿qué hace en este trabajo?

- 1. Tarea 1 \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--
- 2. Tarea 2 \_\_\_\_\_ 

--	--	--	--

14. ¿Qué herramientas usa para realizar su trabajo?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

15. Normalmente, ¿usted con quién trabaja?

- 1.  Solo
- 2.  Con sus padres
- 3.  Con otros adultos de la familia o del hogar
- 4.  Con otro(s) adulto(s)
- 5.  Con otros menores de 18 años

16. ¿Quién recibe lo que usted gana por su trabajo?

- 1.  Usted mismo
- 2.  Otra persona.  
¿Quién?
  - 1.  Sus padres
  - 2.  Otros familiares
  - 3.  Una persona distinta de la familia

17. ¿En qué se gasta o invierte principalmente lo que usted gana por su trabajo?

(Espere respuesta)

- 1.  Juegos, diversión, esparcimiento, etc.
- 2.  Gastos personales en alimentación, estudio, vestuario, etc.
- 3.  Gastos del hogar
- 4.  Envía dinero o especie a otros hogares
- 5.  Ahorro
- 6.  No sabe, no informa
- 7.  Otros, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

18. ¿Suele sentir algún tipo de dolencia o molestia física o psicológica cuando trabaja?

- 1.  Sí, ¿cuál? **Responda literales A y B**
- 2.  No → **Pase a G19**  
(Leer alternativas)

A. Molestias o dolencias físicas	Sí	No
1. Debe hacer mucha fuerza, se cansa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Debe trabajar en posiciones incómodas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. No tiene tiempo para descansar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Le duele la cabeza, los ojos, los oídos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Se lastima las manos continuamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Otra, ¿cuál? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B. Molestias de tipo psicológico	Sí	No
1. No le gusta realizar este tipo de actividades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Le aburre realizarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Lo obligan a realizarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Le da vergüenza realizarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Lo insultan, lo humillan o presionan mucho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1. Otra, ¿cuál? _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**G. ADOLESCENTES JEFES DE HOGAR**

**ACTIVIDADES ECONÓMICAS (conclusión)**

19. ¿Cuáles de las siguientes situaciones encuentra en su sitio de trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Sí                    | No                    |
|---|-----------------------|-----------------------|
| a. Ruidos o vibraciones   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. Mala iluminación   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Variaciones climáticas o cambios bruscos de temperatura  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Trabajos que deben realizarse bajo tierra, bajo agua, en alturas peligrosas o en espacios cerrados                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Exposición a tóxicos (ácidos, venenos, gases, rayos x, rayos solares)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Olores fuertes o presencia de polvo en el ambiente   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Exige mucho esfuerzo físico (malas posturas corporales, manipulación o transporte de cargas pesadas, ejercicios fuertes) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Picaduras de insectos y/o mordeduras de animales   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Manipulación de maquinaria, equipos y/o herramientas peligrosas  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j. Falta de herramientas o implementos de trabajo adecuados   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Riesgo de choque eléctrico, incendio o explosión   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. Manejo de armas de fuego o explosivos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m. Jornadas de trabajo muy largas, nocturnas, o con descansos insuficientes o muy cortos.                                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n. Ninguna de las anteriores  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

22. Si la semana pasada usted estudió y trabajó, el horario en el que usted realizó su trabajo fue:

(Leer alternativas)

1.  ¿Después de clases?
2.  ¿Antes de clases?
3.  ¿Antes y después de clases?
4.  ¿Fines de semana?
5.  No estudiaba
6.  Otro, ¿cuál? \_\_\_\_\_

23. ¿Usted ha trabajado alguna vez en su vida como asalariado, independiente, trabajador familiar o ayudante sin remuneración?

1.  Sí
2.  No

**ACTIVIDADES NO ECONÓMICAS EN SU PROPIO HOGAR**

24. ¿La semana pasada usted realizó o colaboró en oficios del hogar?

(lavar, planchar, cocinar, cuidar niños más pequeños y/o a personas enfermas o con discapacidades del hogar, hacer mandados y/o mercados, limpieza y mantenimiento del hogar, etc.)

1.  Sí
2.  No
3.  Es trabajador(a) doméstico(a) interno(a) } Pase a G26

20. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección necesita para realizar su trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Necesita              |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | Sí                    | No                    |
| 1. Casco                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Delantal, chaleco o vestido de seguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Zapatos o botas especiales               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Guantes                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gafas de seguridad                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Arnés                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tapones para los oídos                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Protector respiratorio                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cinturón de seguridad                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Protector facial o careta               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. No sabe                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Otro, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

25. En los últimos doce meses, ¿ha tenido accidentes mientras realizaba los oficios del hogar?

1.  Sí, ¿cuál? \_\_\_\_\_
2.  No

26. ¿Suele sentir algún tipo de dolencia o molestia física o psicológica cuando realiza las actividades domésticas?

1.  Sí, ¿cuál? **Responda literales A y B**
2.  No → **Pase a H1**

(Leer alternativas)

A. Molestias o dolencias físicas Sí No

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Debe hacer mucha fuerza, se cansa       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Debe trabajar en posiciones incómodas   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. No tiene tiempo para descansar          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le duele la cabeza, los ojos, los oídos | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Se lastima las manos continuamente      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

B. Molestias de tipo psicológico Sí No

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. No le gusta realizar este tipo de actividades | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le aburre realizarlas                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo obligan a realizarlas                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Le da vergüenza realizarlas                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Lo insultan, lo humillan o presionan mucho    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 1. Otra, ¿cuál? _____                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

21. ¿Cuáles de los siguientes elementos de protección utiliza para realizar su trabajo?

(Leer alternativas)

- |   | Utiliza               |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
|   | Sí                    | No                    |
| 1. Casco                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Delantal, chaleco o vestido de seguridad | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Zapatos o botas especiales               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Guantes                                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Gafas de seguridad                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Arnés                                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Tapones para los oídos                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Protector respiratorio                   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Cinturón de seguridad                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Protector facial o careta               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. No sabe                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Otro, ¿cuál? _____                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |





Impreso en la Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE)  
Bogotá, D. C., Colombia, octubre de 2011