

II. DATOS DEL (DE LA) ENTREVISTADO(A) (Para cada persona por entrevista directa) (continuación)

Ahora le voy a preguntar sobre limitaciones permanentes para realizar actividades

(entregue a la persona la tarjeta de apoyo y explíquele la escala de valoración de los grados de severidad)

16. Dada su condición física y mental, y sin ningún tipo de ayuda, ¿usted puede:

Capacidad / Habilidad	No puede hacerlo	Sí, con mucha dificultad	Sí, con alguna dificultad	Puede hacerlo sin dificultad
1. Oír la voz o los sonidos?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
2. Hablar o conversar?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
3. Ver de cerca, de lejos o alrededor?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
4. Mover el cuerpo, caminar?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
5. Agarrar o mover objetos con las manos?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
6. Entender, aprender, recordar o tomar decisiones por sí mismo(a)?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
7. Comer, vestirse o bañarse por sí mismo(a)?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
8. Relacionarse o interactuar con las demás personas?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>
9. Hacer las actividades diarias sin presentar problemas cardiacos, respiratorios?	1. <input type="radio"/>	2. <input type="radio"/>	3. <input type="radio"/>	4. <input type="radio"/>

17. En los últimos 30 días, ¿usted tuvo alguna enfermedad, accidente, problema odontológico o algún otro problema de salud?

1. Sí → Continúe en la pregunta 17.1

2. No → Pase a la pregunta 20

17.1 Cuál(es):

- 1. ¿Lesión, intoxicación o envenenamiento causado por accidente?
- 1. ¿Lesión intencional por parte de terceros?
- 1. ¿Problema mental o emocional?
- 1. ¿Intento de suicidio?
- 1. ¿Tos frecuente?
- 1. ¿Otros problemas respiratorios (gripa, asma, EPOC)?
- 1. ¿Enfermedades de transmisión sexual (venéreas)?
- 1. ¿Molestias dentales?
- 1. ¿Dolor abdominal y/o diarrea?
- 1. ¿Otra?

18. Para tratar el problema de salud más GRAVE, usted qué hizo PRINCIPALMENTE:

- 1. ¿Acudió a la entidad de seguridad social en salud a la cual está afiliado?
- 2. ¿Acudió a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o profesional de la salud de forma PARTICULAR?
- 3. ¿Acudió a una Empresa Social del Estado, hospital o centro de salud?
- 4. ¿Acudió a un boticario, farmaceuta o droguista?
- 5. ¿Asistió a terapias alternativas (acupuntura, esencias florales, musicoterapias, homeopatía, etc.)?
- 6. ¿Acudió a una autoridad indígena espiritual?
- 7. ¿Acudió a otro médico de un grupo étnico (curandero, yerbatero, etc.)?
- 8. ¿Acudió a brigadas de salud de ONG y otros?
- 9. ¿Usó remedios caseros?
- 10. ¿Se autorrecetó?
- 11. No hizo nada

Continúe con la pregunta 20

19. ¿Lo atendieron?

- 1. Sí
- 2. No

20. ¿Usted ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades?:

1. ¿Hipertensión?

- 1. Sí
- 2. No

↳ Recibió tratamiento 1. Sí 2. No

2. ¿Diabetes?

- 1. Sí
- 2. No

↳ Recibió tratamiento 1. Sí 2. No

3. ¿Cáncer?

- 1. Sí
- 2. No

↳ Recibió tratamiento 1. Sí 2. No

4. ¿Tuberculosis?

- 1. Sí
- 2. No

↳ Recibió tratamiento 1. Sí 2. No

5. ¿VIH-SIDA?

- 1. Sí
- 2. No

↳ Recibió tratamiento 1. Sí 2. No

II. DATOS DEL (DE LA) ENTREVISTADO(A) (Para cada persona por entrevista directa) (continuación)

21. ¿En qué municipio o ciudad comenzó usted a vivir en la calle?

- 1. En este municipio
- 2. En otro municipio colombiano

Código

Departamento

Código

Municipio

- 3. En otro país

Código

Nombre del país

25. ¿Con cuál persona de su familia de origen tiene usted MAYOR contacto?

- 1. Mamá
- 2. Papá
- 3. Hermano(a), hermanastro(a)
- 4. Abuelo(a)
- 5. Tío(a)
- 6. Hijo(a), hijastro(a)
- 7. Pareja (esposo[a], compañero[a])
- 8. Otra
- 9. Ninguno

26. ¿Usted recibe algún tipo de ayuda:

- 1. de algún familiar? 1. Sí 2. No
- 2. de amigos? 1. Sí 2. No
- 3. de instituciones oficiales? 1. Sí 2. No
- 4. de instituciones u organizaciones privadas? 1. Sí 2. No
- 5. de organizaciones religiosas? 1. Sí 2. No
- 6. de otros? 1. Sí 2. No

Si todas las opciones de respuesta son NO, pase a la pregunta 27

26.1 De las anteriores, ¿de quién proviene la PRINCIPAL fuente de ayuda que usted recibe?

Número

Seleccione del listado anterior y asigne el código respectivo

26.2 ¿Cuáles de las siguientes ayudas, recibe usted?:

- 1. ¿Económica?
- 1. ¿Alimentación?
- 1. ¿Alojamiento?
- 1. ¿Apoyo psicosocial?
- 1. ¿Formación y capacitación?
- 1. ¿Rehabilitación para consumo de SPA?
- 1. ¿Servicios médicos?
- 1. ¿Aseo personal?

22. ¿Cuál fue la PRINCIPAL razón por la que empezó a vivir en la calle?

- 1. Consumo de sustancias psicoactivas
- 2. Por gusto personal
- 3. Amenaza o riesgo para su vida o integridad física
- 4. Influencia de otras personas
- 5. Dificultades económicas
- 6. Falta de trabajo
- 7. Conflictos o dificultades familiares
- 8. Abuso sexual
- 9. Siempre ha vivido en la calle
- 10. Víctima del conflicto armado o desplazado
- 11. Otra

23. ¿Cuánto tiempo lleva usted viviendo en la calle?

Años

Meses

(Si es menos de un mes escriba 00)

24. ¿Cuál es la PRINCIPAL razón por la que continúa viviendo en la calle?

- 1. Consumo de sustancias psicoactivas
- 2. Por gusto personal
- 3. Las amistades
- 4. Dificultades económicas
- 5. Falta de trabajo
- 6. Enfermedad
- 7. Conflictos o dificultades familiares
- 8. Siempre ha vivido en la calle
- 9. Soledad
- 10. Está haciendo proceso en un centro de atención
- 11. Otra

II. DATOS DEL (DE LA) ENTREVISTADO(A) (Para cada persona por entrevista directa) (continuación)

PARA PERSONAS DE 5 AÑOS O MÁS

5+

27. ¿Usted sabe leer y escribir?

- 1. Sí
- 2. No

28. ¿Cuál es el nivel educativo MÁS alto alcanzado por usted y el ÚLTIMO AÑO O GRADO aprobado en ese nivel?

1. Preescolar Prejardín Jardín Transición

2. Básica primaria 1° 2° 3° 4° 5°

3. Básica secundaria 6° 7° 8° 9°
(Bachillerato básico) (1°) (2°) (3°) (4°)

4. Media académica 10° 11°
o clásica (Bachillerato clásico) (5°) (6°)

5. Media técnica 10° 11°
(Bachillerato técnico) (5°) (6°)

6. Normalista 10° 11° 12° 13°

SUPERIOR

7. Técnica Profesional Años 1 2 3

8. Tecnológica Años 1 2 3

9. Universitario Años 1 2 3 4 5 6

POSGRADO

10. Especialización Años 1 2

11. Maestría Años 1 2 3

12. Doctorado Años 1 2 3 4 5 6

13. Ninguno 0

29. PRINCIPALMENTE, ¿cómo consigue usted dinero?

- 1. Limpiando vidrios, cuidando carros, tocando llantas, vendiendo en la calle u otras similares
- 2. Cantando, haciendo malabares, cuentería artesanía u otras similares
- 3. Carpintería, electricidad, construcción u otras similares
- 4. Pidiendo, retacando, mendigando
- 5. Recogiendo material reciclable
- 6. Como campanero, taquillero, vendiendo o transportando sustancias psicoactivas
- 7. Robando o atracando
- 8. Ejerciendo la prostitución
- 9. Otra

Si la respuesta en alguna de las sustancias es «Sí», pregunte la edad de consumo y continúe con la pregunta 30.1. Si la respuesta es «No», en todas las opciones, continúe con la pregunta 31.

30. Actualmente, ¿usted consume:

	1. Sí	Edad de inicio	2. No
1. Cigarrillo?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
2. Alcohol? (bebidas alcohólicas, chamber, etílico)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. Marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. Inhalantes? (sacol, pegante, bóxer, gasolina, thinner, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. Cocaína?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
6. Basuco?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
7. Heroína?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
8. Pepas?	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>
9. Otras? (maduro, pistolo, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="radio"/>

30.1 ¿De las anteriores, cuál consume PRINCIPALMENTE?

Número Seleccione del listado anterior y asigne el código respectivo

Si en la pregunta 30 respondió que «Sí», consume basuco, continúe con la pregunta 30.2; de lo contrario, continúe con la pregunta 31.

30.2 ¿Cada cuánto consume basuco:

- 1. más de 10 veces al día?
- 2. entre una y 10 veces al día?
- 3. 3 veces a la semana?
- 4. una vez a la semana?



@DANE_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANEColombia

Diseño, diagramación e impresión

Dirección de Difusión, Comunicación y Cultura Estadística - DICE

Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE