

CUESTIONARIO PARA HABITANTES DE LA CALLE

**CONFIDENCIALIDAD:** Los datos suministrados al DANE son confidenciales y no podrán utilizarse con fines comerciales, de tributación fiscal o de investigación judicial. (Ley 79 de 1993, art. 5.º)

PARA DILIGENCIAR EL CUESTIONARIO:

Debe utilizar letra mayúscula y una letra o número por casilla

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0			

► Utilice únicamente bolígrafo

► No use tildes

► Escriba las palabras completas (no use abreviaturas)

► No utilice corrector, no haga tachones ni enmendaduras

**MARQUE ASÍ:**  1.  Rellene el óvalo

**NO MARQUE ASÍ:**

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE:

«Antes de diligenciar este cuestionario pregúntele a la persona: ¿usted es habitante de la calle?, y haga lo siguiente:

- Si la respuesta es Afirmativa, diligencie el cuestionario.

- Si la persona no le responde, pero usted lo conoce como habitante de la calle, o si otras personas lo reconocen como tal, diligencie el cuestionario.

- Si la persona no responde, pero por sus características, usted considera que es un habitante de la calle, diligencie el cuestionario.

- Si la respuesta es **Negativa**, no diligencie el cuestionario».

Fecha y hora de inicio de la entrevista

Día	Mes	Año	Hora	Minutos		
<input type="text"/>	<input type="radio"/> a.m.	<input type="radio"/> p.m.				

I. UBICACIÓN

(Diligencie este capítulo en todos los cuestionarios)

1. Departamento

Nombre del departamento

Código

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1.1 Municipio o área no municipalizada

Nombre del municipio o área no municipalizada

Código

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

2. Clase

2.1  Cabecera municipal (Clase 1)

Nombre localidad /comuna

Código

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2.2  Centro poblado (Clase 2)

Nombre del centro poblado

Código

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

2.3  Rural disperso (Clase 3)

3. Área de coordinación operativa

3.1 *Área operativa*

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.2 *Unidad de cobertura urbana*

<input type="text"/>					
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.3 *Unidad de cobertura rural*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

4. Dirección de la entrevista

Dirección

<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

1.  Barrio      3.  Vereda      5.  Comunidad  
 2.  Corregimiento      4.  Ranchería

Escriba el nombre de la opción seleccionada

<input type="text"/>					
<input type="text"/>					

5. Lugar de la entrevista

1.  En la calle (puente, andén, parque, alcantarilla, etc.)  
 2.  En una institución

Nombre de la institución

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

3.  En un dormitorio transitorio (hotel, paga diario, inquilinato, residencia, camarote).  
 4.  En otro lugar, ¿cuál?

Nombre del lugar

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

CTL1. Tipo de diligenciamiento del cuestionario

1.  Con entrevista directa → Pase a la pregunta 6  
 2.  Por observación → Pase a la pregunta 35

II. DATOS DEL (DE LA) ENTREVISTADO(A)

(Para cada persona por entrevista directa)

6. Nombres, apellidos o apodos

Nombres

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Apellidos

<input type="text"/>									
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

7. ¿Cuál es su FECHA de nacimiento?

1. 

Día	Mes	Año
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

      2.  No sabe

8. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?

Años cumplidos

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(Para menores de 1 año escriba 000)



**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

**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

**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. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> No
2. de amigos?	1. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> No
3. de instituciones oficiales?	1. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> No
4. de instituciones u organizaciones privadas?	1. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> No
5. de organizaciones religiosas?	1. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> No
6. de otros?	1. <input type="radio"/> Sí	2. <input type="radio"/> 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?

**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 <sup>Años</sup>  1  2  3

8. Tecnológica <sup>Años</sup>  1  2  3

9. Universitario <sup>Años</sup>  1  2  3  4  5  6

**POSGRADO**

10. Especialización <sup>Años</sup>  1  2

11. Maestría <sup>Años</sup>  1  2  3

12. Doctorado <sup>Años</sup>  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="radio"/>
2. Alcohol? (bebidas alcohólicas, chamber, etílico)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
3. Marihuana?	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
4. Inhalantes? (saco), pegante, bóxer, gasolina, thinner, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
5. Cocaína?	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
6. Basuco?	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
7. Heroína?	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
8. Pepas?	<input type="radio"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/>
9. Otras? (maduro, pistolo, etc.)	<input type="radio"/>	<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?

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

**31. ¿Usted sabe si la alcaldía tiene programas donde se atiende a los habitantes de la calle?**

- 1.  Sí
- 2.  No → Continúe con la pregunta 33

**32. ¿Los utiliza?**

- 1.  Sí → Continúe con la pregunta 33
- 2.  No

↳ **32.1 ¿Por qué no los utiliza?:**

- 1.  ¿No sabe donde quedan?
- 1.  ¿Quedan lejos?
- 1.  ¿Le solicitan identificación y no tiene?
- 1.  ¿No le permiten ingresar la pipa?
- 1.  ¿No le permiten ingresar sus elementos personales?
- 1.  ¿No le permiten ingresar la mascota?
- 1.  ¿No le gusta?
- 1.  ¿Otra razón?

**33. Su seguridad en la calle se ha visto afectada por:**

1. Persecución por integrantes de una olla      1.  Sí      2.  No

2. Ser forzado a cumplir con tareas en contra de su voluntad      1.  Sí      2.  No

3. Abuso policial      1.  Sí      2.  No

4. Problemas con grupos juveniles(Barras Bravas, Calvos)      1.  Sí      2.  No

5. Problemas con la comunidad      1.  Sí      2.  No

6. Otra      1.  Sí      2.  No

**33.1 ¿Usted teme por su vida?**

- 1.  Sí
- 2.  No

**33.2 ¿En los últimos 30 días, usted ha sido víctima de:**

1. Golpes?      1.  Sí      2.  No

2. Disparos?      1.  Sí      2.  No

3. Arma blanca?      1.  Sí      2.  No

4. Amenazas?      1.  Sí      2.  No

5. Insultos?      1.  Sí      2.  No

**PARA PERSONAS DE 18 AÑOS O MÁS**



**34. ¿Usted se reconoce en su orientación sexual como:**

- 1.  Heterosexual
- 2.  Homosexual
- 3.  Bisexual
- 4.  No sabe
- 5.  No responde

**III. POR OBSERVACIÓN**

(Cuando no es posible entrevista directa)

**35. Sexo**

- 1.  Hombre
- 2.  Mujer

**36. Edad estimada**

Años cumplidos  
   (Para menores de 1 año escriba 000)

**37. La entrevista no se realizó porque la persona estaba:**

(Marque las opciones que considere)

- 1.  Muy alterada por el efecto de sustancias psicoactivas
- 1.  Dormida
- 1.  Con actitud agresiva
- 1.  Aparentemente con problemas de salud mental
- 1.  Totalmente desinteresada
- 1.  Hay condiciones de riesgo para los encuestadores
- 1.  Otra

**Hora de finalización de la entrevista**

Hora      Minutos       a.m.       p.m.

Código del Censista

Código del Crítico

Código del Supervisor

Código del Digitador





@DANE\_Colombia



/DANEColombia



/DANEColombia



@DANE Colombia

Diseño, diagramación e impresión  
GIT Taller de Ediciones  
Dirección de Difusión, Mercadeo y Cultura Estadística  
del Departamento Administrativo Nacional de Estadística  
2020