



**C. ENCUESTA PSICOSOCIAL**

26. ¿En los últimos dos años usted y su familia han recibido algún tipo de ayuda o apoyo de alguna entidad u organización?
1. Sí, de cuál organización, institución o persona? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Qué tipo de ayuda? \_\_\_\_\_
  2. No
27. ¿En la actualidad cuál considera que es la principal necesidad que tienen usted y su familia? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
28. ¿Ha sido usted y/o su familia desplazados por la violencia en los últimos diez años?
1. Sí Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_  
 De qué lugar? \_\_\_\_\_
  2. No

En caso de haber respondido "No", por favor pase a la pregunta No. 33

29. ¿Siente deseos de volver al sitio de donde fue desplazado?
1. Sí, ¿Por qué? \_\_\_\_\_
  2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_
  3. No aplica
30. Después del desplazamiento usted o su familia han sido rechazados o discriminados en: (puede señalar varias opciones)
- a. El barrio o la comunidad
  - b. La escuela
  - c. El trabajo
  - d. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
31. ¿Qué cambios ha presentado la familia después del desplazamiento? (puede señalar varias opciones)
- a. Están más unidos
  - b. Se desintegró la familia
  - c. Hay problemas familiares
  - d. Ningún cambio
  - e. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
32. ¿Qué tan afectados de manera negativa considera que están usted y su familia como consecuencia del desplazamiento?
1. Muy afectados
  2. Poco afectados
  3. Nada afectados
33. ¿Considera que el desplazamiento ha sido en alguna manera positivo para usted y su familia?
1. Muy positivo
  2. Poco positivo
  3. Nada positivo
34. ¿Se siente a gusto en la vivienda que habita actualmente?
1. Sí ¿Qué es lo que más le gusta? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_
  2. No ¿Qué es lo que menos le gusta? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

35. ¿Cuándo su familia se encuentra dentro de la casa, en que lugar prefieren estar la mayor parte del tiempo? (puede señalar varias opciones)
- a. En la sala
  - b. En la cocina
  - c. En la habitación
  - d. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
36. Cuando consumen los alimentos en su familia, lo hacen:
1. Reunidos en familia
  2. Cada quién por separado
37. ¿Al interior de su familia se presentan o se han presentado casos de maltrato o violencia?
1. Sí
  2. No
38. En caso de responder SI a la anterior pregunta ¿Ha pedido ayuda o ha denunciado estos casos?
1. Sí
  2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_
39. ¿Cómo se toman las decisiones más importantes en su familia?
1. Con diálogo
  2. Es decisión del padre
  3. Es decisión de la madre
  4. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
40. ¿Cómo se corrigen o resuelven usualmente los problemas en su familia? (señale una sola opción)
1. Con diálogo
  2. Con sanción o supresión
  3. Con castigo verbal
  4. Con castigo físico
  5. No aplica
  6. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
41. ¿Cómo se resuelven los problemas en su comunidad?
1. Con diálogo
  2. Por medio de la fuerza o represión
  3. Por consenso
  4. Con violencia
  5. Otro Especifique: \_\_\_\_\_
42. ¿Considera que necesita capacitarse?
1. Sí ¿En qué? \_\_\_\_\_
  2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_
43. ¿Le gustaría emprender un negocio?
1. Sí ¿De qué? \_\_\_\_\_
  2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_
44. ¿Cómo cree que serán las condiciones de vida de usted y su familia en un año?
1. Seguirán siendo iguales
  2. Mejoraran
  3. Empeoraran

45. A continuación le indicaré una serie de molestias relacionadas con salud, por favor responda si usted o algún miembro de su familia cercana -esposo (a), hijos- mayor de 15 años ha tenido cambios en su comportamiento habitual en los últimos seis (6) meses (en la columna, QUIEN registre el número que le correspondió a la persona en la pregunta III, numeral 15, miembros de la familia)

No	Síntoma	Sí	No	Quién?
1	Nerviosismo			
2	Intranquilidad			
3	¿Ha tenido problemas para dormir?			
4	¿Siente deseos de llorar frecuentemente?			
5	¿Siente una tristeza profunda?			
6	¿Últimamente ha abusado de bebidas alcohólicas?			
7	¿Últimamente ha comenzado a fumar o ha aumentado el consumo?			
8	¿En la actualidad desconfía más de la gente que antes?			

46. ¿En su hogar, alguno de los menores de 15 años ha tenido cambios en su comportamiento habitual en los últimos seis (6) meses? (en la columna, QUIEN registre el número que le correspondió a la persona en la pregunta III, numeral 15, miembros de la familia)

No	Síntoma	Sí	No	Quién?
1	¿Juega o se divierte menos?			
2	¿Se observa triste o diferente?			
3	¿Ha cambiado el trato hacia las demás personas adultas?			
4	¿Tiene problemas en el trato con otros niños?			
5	¿Tiene problemas para dormir?			
6	¿Esta muy inquieto o intranquilo?			
7	¿Dejó la escuela o no ha querido estudiar?			
8	¿Se altera de manera exagerada con algunas cosas o situaciones?			

47. Usted o alguien de la familia que convive con usted: (puede señalar varias opciones)
- a. Fuma cigarrillo y/o tabaco? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
  - b. Consume licor? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
  - c. Consume medicamentos para dormir y/o calmar los nervios? Si \_\_\_\_ No \_\_\_\_
48. ¿A qué dedica su familia el tiempo libre? (puede señalar varias opciones)
- a. Hacer reuniones familiares
  - b. Paseos
  - c. Practicar algún tipo de deporte
  - d. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
49. En la actualidad considera que Usted:
1. Es feliz, ¿Por qué? \_\_\_\_\_
  2. No es feliz, ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## D. VIVIENDA

### I. TENENCIA DE LA VIVIENDA

50. La vivienda ocupada por este hogar es:
1. Propia, totalmente pagada
  2. Propia, la están pagando
  3. En arriendo (Valor) \$ \_\_\_\_\_
  4. Otra. Especifique \_\_\_\_\_
51. El lote donde está ubicada la vivienda es legalizado:
1. Sí
  2. No
52. ¿A qué estrato pertenece esta vivienda? (Solicite recibo de servicio público, si lo tiene)
1. Estrato \_\_\_\_\_
  2. Sin estratificación

### II. CONDICIONES ECONÓMICAS DE LA FAMILIA

53. ¿En su vivienda se realiza algún trabajo o negocio que genere ingresos económicos?
1. Sí, Cuál? \_\_\_\_\_
  2. No
54. ¿Cuáles son los ingresos mensuales promedio de la familia?
1. Menos de un Salario Mínimo Legal Vigente
  2. 1 Salario Mínimo Legal Vigente
  3. Más de 1 Salario Mínimo Legal Vigente
55. Mensualmente, ¿cuál es el promedio en gastos en servicios públicos en su familia? \$ \_\_\_\_\_

### III. CONDICIONES DE ENTORNO Y DE VIVIENDA

56. Considera que desde su vivienda se puede acceder fácilmente a: (puede señalar varias opciones)
- a. Medios de transporte (Buses, autos, camiones, lanchas, etc.) Si \_\_\_ No \_\_\_
  - b. Centros sociales, culturales y/o recreacionales Si \_\_\_ No \_\_\_
  - c. Parques, áreas deportivas y/o zonas verdes Si \_\_\_ No \_\_\_
  - d. Iglesias, templos, espacios para cultos religiosos Si \_\_\_ No \_\_\_
57. ¿Cuánto tiempo promedio se gasta y cuál es la forma más frecuente en que se hace el desplazamiento desde su vivienda a la escuela o centro de estudio?: (puede señalar varias opciones)
- a. A pie
  - b. En bicicleta
  - c. En vehículo motorizado
  - d. En Mula/caballo/burro
  - e. Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
  - f. No aplica
- Tiempo promedio: \_\_\_\_\_
58. ¿Cuánto tiempo promedio se gasta y cuál es la forma más frecuente en que se hace el desplazamiento desde su vivienda a su sitio de trabajo?: (puede señalar varias opciones)
- a. A pie
  - b. En bicicleta
  - c. En vehículo motorizado
  - d. En Mula/caballo/burro
  - e. Otro. Especifique: \_\_\_\_\_
  - f. No aplica
- Tiempo promedio: \_\_\_\_\_

- b. En bicicleta
  - c. En vehículo motorizado
  - e. Otro Especifique: \_\_\_\_\_
  - f. No aplica
- Tiempo promedio: \_\_\_\_\_

59. ¿Cuánto tiempo promedio se gasta y cuál es la forma más frecuente en que se hace el desplazamiento desde su vivienda al puesto o centro de salud?: (puede señalar varias opciones)
- a. A pie
  - b. En bicicleta
  - c. En vehículo motorizado
  - d. En Mula/caballo/burro
  - e. Otro Especifique: \_\_\_\_\_
  - f. No aplica
- Tiempo promedio: \_\_\_\_\_
60. La cocina o sitio para preparar los alimentos es:
1. De uso exclusivo de las personas de la familia
  2. Compartida con personas de otras familias
61. ¿Cuál combustible usan para cocinar? (puede señalar varias opciones)
- a. Electricidad
  - b. Gas propano en cilindro
  - c. Gas natural conectado a red pública
  - d. Leña, madera o carbón de leña
  - e. Petróleo, gasolina, kerosén, alcohol
  - f. Carbón mineral
  - g. Materiales de desecho
62. ¿Cuáles de los siguientes servicios básicos domiciliarios tiene su vivienda?
- a. Energía eléctrica 1. Si \_\_\_ 2.No \_\_\_
  - b. Gas por tubería 1. Si \_\_\_ 2.No \_\_\_
  - c. Acueducto 1. Si \_\_\_ 2.No \_\_\_
  - d. Alcantarillado 1. Si \_\_\_ 2.No \_\_\_
  - e. Teléfono 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
  - f. Aseo 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
63. ¿Está conforme con estos servicios prestados?
1. Sí ¿Por qué? \_\_\_\_\_
  2. No ¿Por qué? \_\_\_\_\_

### IV. SANEAMIENTO BÁSICO

#### a) AGUA PARA CONSUMO HUMANO:

64. ¿De dónde toman principalmente el agua para consumir en la vivienda?
1. Acueducto público
  2. Acueducto comunal o veredal
  3. Pozo con bomba o aljibe
  4. Laguna o jagüey
  5. Río, quebrada o manantial
  6. Aguas lluvias
  7. Carro tanque
  8. Agua embotellada
  9. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
65. ¿Ustedes obtienen el agua de esta forma con qué regularidad?
1. Permanente, es decir 24 horas al día
  2. Horario establecido
  3. De manera irregular
66. ¿En qué almacenan el agua para consumo humano?: (puede señalar varias opciones)
- a. Recipiente o tanque con tapa
  - b. Recipiente o tanque sin tapa
  - c. No almacena

67. ¿En caso de usar tanque o recipiente, cada cuánto lo lava?
- \_\_\_\_\_

68. ¿En dónde está ubicado el tanque o recipiente?

1. Interior de la vivienda
2. Exterior de la vivienda bajo techo
3. Exterior de la vivienda sin techo

69. ¿Qué hace con el agua antes de tomarla? (señale una sola opción)

1. La consumen sin tratamiento
2. La hierven previamente. ¿Cuanto tiempo la hierve? \_\_\_\_\_
3. La filtran
4. Le aplica cloro
5. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

#### b) MANEJO DE EXCRETAS:

70. El servicio sanitario es:

1. De uso exclusivo de las personas de la familia
2. Compartido con personas de otras familias

#### c) MANEJO DE BASURAS Y RESIDUOS SÓLIDOS EN LA VIVIENDA:

71. ¿Cuál es la disposición final de las basuras en este hogar? (puede señalar varias opciones)

- a. La recoge el servicio de aseo municipal
- b. Quema a campo abierto
- c. La botan al campo abierto
- d. La entierran
- e. La tiran al fuentes de agua
- f. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

72. ¿Usted o su familia realizan el proceso de separación de los residuos para colaborarle a las personas recicladoras? (¿separa el cartón, papel, vidrio, latas, plástico, etc. del material orgánico?)

1. Sí
2. No

#### V. FACTORES DE RIESGO/PROTECTORES DE LA FAMILIA

73. ¿Con qué tipo de elementos se protegen contra animales, plagas, vectores (Cucarachas, ratones, moscos, zancudos, otros insectos, etc.)? (puede señalar varias opciones)

- a. Toldillos/Mosquiteros
- b. Mallas en ventanas y/o puertas (anjeos)
- c. Fumigación con insecticidas/plaguicidas
- d. Raticidas
- e. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

74. ¿En qué sitio guardan la ropa las personas de esta vivienda?: (puede señalar varias opciones)

- a. Guardarropa, closet, ropero
- b. Baúl
- c. Caja
- d. Canasta
- e. Colgada
- f. Cajones
- g. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

75. ¿Cada miembro del hogar guarda su ropa en un lugar separado de los demás?
1. Sí
  2. No

76. ¿Cómo hace aseo en su vivienda? (señale una sola opción, la más predominante)
1. Solo barre
  2. Barre y trapea
  3. Solo trapea
  4. Barre y lava
  5. Solo lava
  6. Riega con agua y barre
  7. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

77. ¿Utiliza para hacer el aseo detergentes y/o desinfectantes?
1. Sí
  2. No

78. En caso de usar plaguicidas, ¿cuál es el uso final que dan a los envases vacíos? (señale una sola opción, la más predominante)
1. Guardar alimentos y agua
  2. Los utiliza para varios usos en el hogar
  3. Los bota en la basura
  4. Los entierra
  5. Los quema
  6. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
  7. No aplica

79. Antes de consumir verduras y frutas crudas ¿las lavan?
1. Sí
  2. No

80. ¿Acostumbran encender velas/velones dentro de su vivienda?
1. Sí
  2. No

81. ¿Es frecuente que haya humo dentro de la vivienda? (Por cigarrillo, leña, carbón, etc.)
1. Sí
  2. No

82. ¿Usted o alguien de la familia se ha accidentado o lesionado en el último año en la vivienda?
1. Sí
  2. No

83. Si la respuesta es sí ¿de qué se lesionó o accidentó? (puede señalar varias opciones):
- a. Quemaduras
  - b. Heridas cortantes/punzantes
  - c. Descarga eléctrica
  - d. Casi se ahoga
  - e. Fracturas
  - f. Mordedura de algún animal
  - g. Picaduras venenosas
  - h. Intoxicaciones
  - i. Se Atraganto
  - j. Otra. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

84. Señale cuáles de las siguientes secuelas produjo los accidentes?
1. No Tuvo
  2. Discapacidad Temporal
  3. Discapacidad Permanente
  4. Muerte
  5. Otro

85. ¿Cuáles son los accidentes más frecuentes en los niños de su hogar o familia? \_\_\_\_\_

## E. MORBILIDAD SENTIDA

### I. MENORES DE CINCO AÑOS

#### a) MORBILIDAD AGUDA

86. ¿En la vivienda hay niños y/o niñas menores de cinco Años?
1. Sí
  2. No

Si la respuesta es no, pase a la *sección II, a la pregunta 90 (mayores de 5 años)*

	¿Dónde buscó ayuda o tratamiento?	En caso de no buscar ayuda, ¿cuál fue la principal razón para no acudir a un establecimiento de salud?	¿Qué le dio para tratar la enfermedad?
Por favor conteste las siguientes preguntas si el (los) menor (es) ha (n) sufrido en último mes, de:	1. No buscó ayuda 2. Hospital Público 3. Centro/Puesto de salud 4. Clínica/Hospital privado 5. Médico particular 6. Farmacia 7. Curandero 8. Otro (Especifique)	1. No sabía donde ir 2. Queda lejos 3. No podía pagar 4. No lo consideré necesario 5. No le gusta ir al médico 6. No tuvo tiempo o no pudo salir 7. Pensó que no estaba enfermo(a)	8. Prestan un mal servicio 9. Le dieron la cita distanciada en el tiempo 10. Requiere muchos trámites 11. Asistió previamente y no le fue resuelto el problema 12. Otro (Especifique)
Diarrea o soltura de estomago			1. Medicamentos autoformulados 2. Medicamentos formulados por un médico 3. Medicamentos formulados por un farmacéuta / droguista 4. Medicamentos formulados por un curandero 5. Remedios caseros. Especifique 6. No le dieron nada 7. Otro. Especifique
Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía?			
Problemas de piel / alergias			
Accidente casero, familiar o escolar			
Alguna otra enfermedad. Especifique			

87. ¿Hasta qué edad promedio o aproximadamente alimentó al (los) menor (es) con leche materna? \_\_\_\_\_

#### b) VACUNACIÓN - Solicite el carné de vacunación del (los) niño (s):

88. ¿El (los) niño (s) ¿tienen el esquema de vacunación completo para su edad?
1. Sí
  2. No ¿Por qué razón? \_\_\_\_\_

### II. MAYORES DE CINCO AÑOS

#### a) MORBILIDAD AGUDA

	¿Dónde buscó ayuda o tratamiento?	En caso de no buscar ayuda, ¿cuál fue la principal razón para no acudir a un establecimiento de salud?	¿Qué le dio para tratar la enfermedad?
90. En el último mes usted o alguien del hogar (a excepción menores de cinco años) ha sufrido de:	1. No buscó ayuda 2. Hospital Público 3. Centro/Puesto de salud 4. Clínica/Hospital privado 5. Médico particular 6. Farmacia 7. Curandero 8. Otro (Especifique)	1. No sabía donde ir 2. Queda lejos 3. No podía pagar 4. No lo consideré necesario 5. No le gusta ir al médico 6. No tuvo tiempo o no pudo salir 7. Pensó que no estaba enfermo(a)	8. Prestan un mal servicio 9. Le dieron la cita distanciada en el tiempo 10. Requiere muchos trámites 11. Asistió previamente y no le fue resuelto el problema 12. Otro (Especifique)
Diarrea o soltura de estomago			1. Medicamentos autoformulados 2. Medicamentos formulados por un médico 3. Medicamentos formulados por un farmacéuta / droguista 4. Medicamentos formulados por un curandero 5. Remedios caseros. Especifique 6. No le dieron nada 7. Otro. Especifique
Tos, resfriado, gripa, bronquitis o pulmonía?			
Problemas de piel / alergias			
Alguna otra enfermedad. Especifique			

#### c) DESPARASITACIÓN

89. ¿Ha purgado al niño(a) o niños (niñas) en el último año?

1. Sí. ¿Cuántas veces? \_\_\_\_\_
2. No

91. Usted o algún miembro de su familia cercana ha sufrido de:

- a. Malaria
- b. Dengue
- c. Fiebre amarilla
- d. Cólera
- e. Leishmaniasis

b) MORBILIDAD CRÓNICA:

92. ¿Usted o algún miembro de su familia cercana sufre de alguna de las siguientes enfermedades? (A excepción de menores de cinco años)

- a. Tensión Alta 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- b. Azúcar en la sangre 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- c. Asma/otra enfermedad pulmonar 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- d. Enfermedad de la piel/alergias graves 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- e. Cáncer o tumores 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- f. Enfermedad cardíaca o cerebrovascular 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- g. Otra. Especifique: \_\_\_\_\_

**c) CONTROL PRENATAL**

93. Por favor conteste las siguientes preguntas solo para las mujeres que haya en el hogar

¿Actualmente hay alguna mujer embarazada en esta familia?	¿Está asistiendo a control del embarazo?	En caso de no asistir a control, ¿Cuál es la principal razón para no hacerlo?
1. Si	1. Si	1. No sabía donde ir
2. No	2. No	2. Queda lejos
		3. No podía pagar
		4. No lo consideré necesario
		5. No le gusta ir al médico
		6. No tuvo tiempo o no pudo salir
		7. Pensó que no estaba enfermo(a)
		8. Prestan un mal servicio
		9. Le dieron la cita distanciada en el tiempo
		10. Requiere muchos trámites
		11. Asistió previamente y no le fue resuelto el problema
		12. Otro (Especifique)

**F. SALUD ORAL**

94. ¿Cada cuánto acuden los miembros de su familia al odontólogo?

- 1. Menos de 6 meses
- 2. Entre 6 y 12 meses
- 3. Entre 1 y 2 años
- 4. Más de 2 años
- 5. Nunca lo han visitado

**G. MORTALIDAD**

95. ¿En los últimos cinco años algún miembro de su familia cercana ha muerto de alguna de las siguientes causas?

- 1. Violenta / Accidente 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- 2. Enfermedad crónica 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- 3. Enfermedad infecciosa 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_
- 4. Otra. Especifique: \_\_\_\_\_

**INSTRUMENTO DE OBSERVACION**

**A. SEGURIDAD Y ENTORNO DE LA VIVIENDA**

96. Tipo de vivienda

- 1. Casa
- 2. Apartamento
- 3. Cuarto(s) en inquilinato
- 4. Improvisada (carpa, refugio natural, plásticos, etc)

97. ¿La vivienda es auto construida?

- 1. Sí
- 2. No

98. Topografía del terreno: La vivienda está ubicada sobre un terreno (puede señalar varias opciones)

- a. Plano
- b. Ladera
- c. Inundable
- d. Relleno
- e. Irregular
- f. Deslizamiento

99. Observe si cerca de la vivienda hay: (puede señalar varias opciones)

- a. Terrenos baldíos
- b. Plagas: roedores, cucarachas, zancudos, moscas, etc.
- c. Industrias. contaminantes
- d. Porquerizas
- e. Malos olores
- f. Rellenos sanitarios/botaderos
- g. Contaminación auditiva
- h. Contaminación visual
- i. Río o quebrada
- j. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

100. ¿Cerca de la vivienda hay zonas recreativas, zonas verdes y/o de esparcimiento?

- 1. Sí
- 2. No

**B. CONDICIONES DE LA VIVIENDA**

101. Piso: ¿cuál es el material predominante del piso de la casa? (señale una sola opción)

- 1. Liso e impermeable (cemento, baldosa, ladrillo, tableta, granito)
- 2. Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal
- 3. Madera pulida
- 4. Material plástico (vinilo, otro material sintético)
- 5. Lámina
- 6. Esterilla
- 7. Tierra, arena

102. Paredes: ¿cuál es el material predominante de las paredes? (señale una sola opción)

- 1. Impermeable (cemento, bloque, ladrillo, piedra)
- 2. Bahareque/Barro, tapia pisada, esterilla, caña, otro tipo de material vegetal
- 3. Madera pulida, Madera burda (tabla, tablón), Guadua
- 4. Otro. Especifique \_\_\_\_\_
- 5. No tiene

103. Techo: ¿cuál es el material predominante del techo? (señale una sola opción)

- 1. Concreto
- 2. Tejas de barro
- 3. Fibrocemento
- 4. Zinc
- 5. Palma o paja
- 6. Plástico
- 7. Desechos (cartón, lata, tela, sacos, etc)
- 8. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

104. ¿La vivienda tiene los siguientes ambientes separados? Conteste SI ó NO, para cada opción, según observe:

- a. Cocina: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- b. Dormitorio adultos: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- c. Sala / Comedor: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- d. Dormitorio niños: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- e. Sanitario: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- f. Lavadero techado: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_

105. ¿De cuántos cuartos o piezas dormitorio, dispone este hogar? \_\_\_\_\_

106. Observe en dónde duermen las personas de la vivienda: (puede señalar varias opciones)

- a. Cama con colchón
- b. Cama sin colchón
- c. Colchón
- d. Estera
- e. Hamaca / Chinchorro
- f. Otro. ¿Cuál? \_\_\_\_\_

107. ¿Cuántas camas hay en la vivienda? \_\_\_\_\_

108. ¿La vivienda tiene ventilación natural en cada ambiente? Conteste SI ó NO, para cada opción, según observe:

- a. Cocina: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- b. Dormitorio adultos: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- c. Sala / Comedor: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- d. Dormitorio niños: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- e. Sanitario: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- f. Lavadero techado: 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_

109. ¿La casa cuenta con los siguientes elementos por separado?:

- a. Lavamanos 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- b. Lavaplatos 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_
- c. Lavadero de ropas 1. Si \_\_\_ 2. No \_\_\_ 3. NA \_\_\_

- 110 ¿Qué tipo de alumbrado utilizan en la vivienda? (señale una sola opción, la más predominante)
1. Eléctrica
  2. Kerosén, petróleo, gasolina
  3. Vela
  4. Planta de electricidad comunitaria
  5. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

- 111 Observe si en la vivienda poseen: (puede señalar varias opciones)
- a. Televisor
  - b. Equipo de sonido
  - c. Refrigerador
  - d. Ventilador
  - e. Otro. Cuál? \_\_\_\_\_
  - f. Ninguno

### C. SANEAMIENTO BASICO

#### I. MANEJO DE EXCRETAS:

- 112 Observe en dónde se disponen las excretas (heces)
1. Inodoro conectado a alcantarillado
  2. Inodoro conectado a pozo séptico o sumidero
  3. Inodoro con descarga al aire libre
  4. Letrina o sumidero
  5. Campo abierto
  6. En agua corriente
  7. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

- 113 Si el servicio sanitario que utilizan en la vivienda es letrina, para cada opción responda SI ó NO, según observe, si la letrina está ubicada a una distancia cercana a:
- a. Fuentes de abastecimiento de agua: 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
  - b. Ríos y quebradas: 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
  - c. Tanques subterráneos de agua: 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
  - d. Vivienda: 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_
  - e. Sumidero 1. Si \_\_\_\_\_ 2. No \_\_\_\_\_

- 114 ¿Cuántos inodoros o sanitarios de arrastre tiene este hogar?:
1. Ninguno
  2. 1
  3. 2
  4. Más de 2
  5. No aplica

- 115 ¿Dónde se encuentra el sanitario, inodoro o letrina que usan las personas de esta familia?
1. Fuera de la casa
  2. Dentro de la casa, pero fuera del área habitada (patio o solar)
  3. Dentro de la casa
  4. No aplica

- 116 ¿El lavamanos se encuentra cerca del sanitario?
1. Si
  2. No
  3. No aplica

#### II. MANEJO DE BASURAS Y RESIDUOS SÓLIDOS EN LA VIVIENDA

- 117 Recogen la basura en:
1. Recipientes con tapa
  2. Recipientes sin tapa
  3. Directamente al suelo
  4. Bolsas plásticas
  5. Otro. Especifique \_\_\_\_\_

#### III CONVIVENCIA CON ANIMALES

- 118 Observe si la familia convive con los siguientes animales dentro de la vivienda:

Animales dentro de la vivienda	SI	NO	Cuántos?	Están vacunados? Si / No
a. Perros				
b. Gatos				
c. Cerdos				
d. Aves de corral				
e. Pájaros				
f. Otros				

#### IV. HIGIENE, ASEO Y MANIPULACION DE ALIMENTOS

119. ¿En cuál de los siguientes lugares, preparan los alimentos las personas de este hogar?: (señale solo una opción)
1. En un cuarto usado solo para cocinar
  2. En un cuarto usado también para dormir
  3. En una sala comedor con lavaplatos
  4. En una sala comedor sin lavaplatos
  5. En un patio, corredor, al aire libre
  6. En ninguna parte (no preparan alimentos)

- 120 ¿De qué material está elaborada la mesa en donde manipulan los alimentos? (señale solo una opción, la más predominante)
1. Cemento
  2. Madera
  3. Ladrillo
  4. Baldosa
  5. Metal
  6. Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

- 121 Observe en qué lugar almacenan los alimentos (puede señalar varias opciones)

- a. Refrigerador
- b. Recipientes abiertos
- c. Recipientes cerrados
- d. Al aire libre dentro de la casa
- e. Al aire libre fuera de la casa
- f. Otro. Cuál? \_\_\_\_\_

122. ¿Almacenan junto a los alimentos y/o agua de consumo algunos de los siguientes productos? (marcar las opciones que apliquen): (puede señalar varias opciones)
- a. Gasolina/kerosén/petróleo
  - b. Plaguicidas agrícolas
  - c. Detergentes/desinfectante
  - d. Plaguicidas para matar: cucarachas/hormigas/zancudos/ ratas
  - e. No aplica ningún producto químico de los anteriores

### DATOS DE SEGUIMIENTO DEL HOGAR

- 123 Nombre completo de la persona: \_\_\_\_\_
- 124 Dirección o nombre de la finca o vivienda donde vive la persona: \_\_\_\_\_
- a. Barrio o vereda: \_\_\_\_\_
  - b. Teléfono: \_\_\_\_\_

### OBSERVACIONES DEL ENCUESTADOR

Describe brevemente si durante la visita observó alguna característica de la vivienda que le haya llamado la atención y/o que considere anormal \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

