

REPÚBLICA DE EL SALVADOR

BANCO CENTRAL DE RESERVA

OFICINA NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS



ENCUESTA USO DEL TIEMPO

LOS DATOS REGISTRADOS EN ESTA ENCUESTA SON CONFIDENCIALES,
ESTÁ AMPARADA POR EL DECRETO LEGISLATIVO N° 468
LEY DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

IDENTIFICACIÓN MUESTRAL

CORRELATIVO		LISTADO		AÑO	
DEPARTAMENTO					
MUNICIPIO					
CANTÓN					
SEGMENTO		ÁREA			
NOMBRE					
DIRECCIÓN					

ENCUESTA Y VERIFICACIÓN

ORDEN DE LA VISITA	PERSONA ENCUESTADORA				VISITA DE VERIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN			
	FECHA	PRÓXIMA VISITA		CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA	FECHA	CÓDIGO	RESULTADO DE LA VISITA (*)
		FECHA	HORA					
PRIMERA								
SEGUNDA								
TERCERA								

RESULTADO FINAL DE LA ENCUESTA	
FECHA	
RESULTADO	

(*) CÓDIGO DE RESULTADO DE LA VISITA	CÓD. 1 (COMPLETA)
	CÓD. 2 (RECHAZO)
	CÓD. 3 (OTROS)

CÓDIGO ENCUESTADOR/A	
CÓDIGO SUPERVISOR/A	
NÚMERO DE ORDEN DE PERSONA INFORMANTE	

PARA AGREGAR EN SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS (PARA TODAS LAS PERSONAS INTEGRANTES DEL HOGAR)

N° DE O R D E N	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	109	110	111	112	113	114	115	116		117				118	119		
			PARA PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS															TODAS LAS PERSONAS EXCEPTO PERSONAS CON DEPENDENCIA PERMANENTE	PERSONAS CON DEPENDENCIA PERMANENTE Y PERSONAS QUE POR MOTIVOS DE ENFERMEDAD TEMPORAL NECESITARON DE CUIDADOS
			¿Tiene dificultad de forma permanente para moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	¿Tiene dificultad de forma permanente para ver aún usando anteojos?	¿Tiene dificultad de forma permanente para hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas salvadoreña u otras señas?	¿Tiene dificultad de forma permanente para oír aún usando aparatos auditivos?	¿Tiene dificultad de forma permanente para entender o aprender (concentrarse y recordar)?	¿Tiene dificultad de forma permanente para realizar tareas de cuidado personal (alimentarse, bañarse y/o vestirse)?	¿(NOMBRE) padece de alguna enfermedad crónica?	¿Qué tipo de enfermedad crónica padece (NOMBRE)?	El día de ayer, ¿(NOMBRE) necesitó asistencia o apoyo para realizar actividades cotidianas como ...?	El día de ayer, debido a una enfermedad temporal ¿Necesitó cuidados/apoyo para la administración de medicamentos, monitoreo de síntomas, recibir terapia, entre otros?	El día de ayer, ¿Qué persona del hogar le apoyó principalmente (actividades cotidianas/ actividades por enfermedad temporal)?						
			1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. No tiene dificultad 2. Tiene alguna dificultad 3. Tiene mucha dificultad 4. No puede hacerlo	1. Si 2. No (Pasa a 117)	1. Enfermedades cardiovasculares 2. Cáncer 3. Enfermedades respiratorias 4. Diabetes 5. Enfermedades de los huesos o lesiones como artrosis, artritis reumatoide. 7. Trastornos neurológicos 8. Otras	OPCIÓN 1 OPCIÓN 2 OPCIÓN 3	OPCIÓN 1 OPCIÓN 2 OPCIÓN 3 OPCIÓN 4	1. Alimentarse 2. Aseo, cuidado personal y/o realizar sus necesidades fisiológicas 3. Tomar medicamento (permanente y/o temporal) 4. Movilizarse dentro de la vivienda 5. Movilizarse fuera de la vivienda 6. Comunicarse 7. No necesitó asistencia o apoyo (Personas que responden al menos una opción de los "códigos 2, 3 y 4", en P109 a P114 pasan por esta pregunta)	1. Si 2. No (Termina sección)	1. Mamá 2. Papá 3. Hija 4. Hijo 5. Hermana, prima, tía, abuela u otro familiar mujer 6. Hermano, primo, tío, abuelo u otro familiar hombre 7. Otro persona no familiar mujer 8. Otra persona no familiar hombre				
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			

OBSERVACIONES:

		PARA AGREGAR EN SECCIÓN 2 EDUCACIÓN						EMPLEO E INGRESOS	
		222	223	224A	224	225	226	227	227B
N°	NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE	EDAD	PARA PERSONAS DE 0 A 3 AÑOS	PARA PERSONAS QUE REPORTAN ESTUDIAR ACTUALMENTE (PERSONAS DE 4 AÑOS Y MÁS)				PARA PERSONAS DE 6 AÑOS Y MÁS	PARA PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS
			¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no asiste a un centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo infantil) o no participa de un programa de educación inicial? 1. Prefiere que su madre, padre, otro familiar o alguien de confianza se haga cargo del cuidado. 2. No hay guardería/CDI/programa de educación inicial cerca 3. En la guardería/CDI/programa de educación inicial no había cupos o espacios suficientes. 4. Los horarios de servicio no se ajustan a las necesidades. 5. No se puede pagar el servicio, el servicio (es caro o tiene un costo alto). 6. No sabe si hay guardería/CDI/ programa de educación inicial cerca. 7. Cierre de guardería/CDI/programa de educación inicial a razón de pandemia COVID-19. 8. El servicio es de mala calidad o no brinda la confianza suficiente para hacer uso de el. 9. Otros.	¿Cuántas horas al día asiste (NOMBRE) al centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo infantil) o participa del programa de educación inicial? 1. Si 2. No (Pase a P227)	Actualmente, ¿(NOMBRE) se encuentra estudiando? 1. Si 2. No (Pase a P227)	Actualmente, ¿Bajo qué modalidad estudia (NOMBRE)? 1. Presencial 2. Semi-presencial 3. Virtual	¿Alguna persona de su hogar apoya a (NOMBRE) con sus actividades escolares / académicas? 1. Si 2. No (Pase a P227)	¿Quién apoya principalmente a (NOMBRE) con sus actividades escolares / académicas? 1. Mamá 2. Papá 3. Hermana, prima, tía, abuela u otro familiar mujer 4. Hermano, primo, tío, abuelo u otro familiar hombre 5. Otro persona no familiar mujer 6. Otra persona no familiar hombre	Por iniciativa propia, ¿(NOMBRE) asiste actualmente a algún curso de formación técnica, diplomado, clases de idiomas o algún taller vocacional? 1. Si 2. No
01									
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
OBSERVACIONES:									

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

N° DE ORDEN		NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE		EDAD		A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO														
						TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES RELACIONADAS												TRABAJO PARA EL AUTOCONSUMO DE BIENES		
						1001			1002			1003			1004			1005		
						A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a su trabajo remunerado/ocupación(es) que le genere(n) ingresos? (incluye la modalidad de teletrabajo)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo para trasladarse hacia su trabajo remunerado/ocupación(es) que le genere(n) ingresos? (Pregunta aplica si respondió "código 1" en P1001) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar algún trabajo como pasantía, prácticas profesionales, preparación técnica de un oficio, arte u ocupación (Aprendiz), entre otras, sin recibir pago? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a buscar un trabajo o realizó trámites para iniciar un negocio o actividad por su cuenta? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recolectar productos agrícola silvestres, cuidar la milpa o huerto y/o a la crianza de animales destinado solo para el consumo del hogar? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)		
1. Si 2. No (Pase a P1003)			1. Si 2. No (Pase a P1003)			1. Si 2. No (Pase a P1004)			1. Si 2. No (Pase a P1005)			1. Si 2. No (Pase a P1006)								
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?								
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS						
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

N° DE ORDEN	NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE	EDAD	A) TRABAJO EN LA OCUPACIÓN Y PRODUCCIÓN DE BIENES PARA EL AUTOCONSUMO									B) TRABAJO NO REMUNERADO					
			1006			1007			1008			1101			1102		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recolectar y/o almacenar leña para usar como combustible para cocinar?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a acarrear y/o almacenar agua para el consumo del hogar?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a la construcción, remodelación, ampliación de su hogar? (Construcción total o parcial de muros, paredes, pisos o techos u otra actividad mayor)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cocinar, preparar, calentar y/o servir alimentos y bebidas (para las comidas principales, refrigerio y/o comida para llevar)?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a poner y/o limpiar la mesa y a lavar y/o ordenar los trastes, limpiar la cocina/horno?		
			(Pregunta aplica si respondió "código 4" en P320) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			(Incluye tiempo de traslado de material de construcción)			(Pase a P1102)			(Pase a P1103)		
			1. Si 2. No (Pase a P1007)			1. Si 2. No (Pase a P1008)			1. Si 2. No (Pase a P1101)			1. Si 2. No (Pase a P1102)			1. Si 2. No (Pase a P1103)		
			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?		
			CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

N° DE ORDEN	NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE	EDAD	TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR														
			LIMPIEZA DE VIVENDA			LIMPIEZA Y CUIDADO DE ROPA Y CALZADO			MANTENIMIENTO Y REPARACIONES DEL HOGAR			PAGOS Y TRÁMITES DEL HOGAR					
			1103			1104			1105			1106			1107		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar la limpieza general de la vivienda y/o botar, separar o quemar basura? (Cuando aplique, incluye tiempo de mantenimiento a la letrina) (Barrer, trapear, sacudir, lavar baños etc, limpieza externa de la vivienda)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a lavar y/o tender ropa, lustrar o lavar calzado, planchar, remendar y/o guardar su ropa, reparar zapatos suyo y/o de las personas del hogar?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a hacer reparaciones en su vivienda y/o reparar muebles o electrodomésticos del hogar? (Reparaciones: Tapar goteras, arreglo de tuberías, chapas, etc.)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a limpieza, mantenimiento y/o reparar o llevar a reparar el medio de transporte de uso de personas del hogar? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a planificar/organizar el presupuesto del hogar , pagar recibos, realizar trámites bancarios (Se incluye tiempo de trámites en línea/ telefónicos) y/o a la gestión de programas (de ayuda/subsidios) de gobierno? (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera)		
1. Si 2. No (Pase a P1104)			1. Si 2. No (Pase a P1105)			1. Si 2. No (Pase a P1106)			1. Si 2. No (Pase a P1107)			1. Si 2. No (Pase a P1108)					
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?					
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMESTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

N° DE ORDEN	NOMBRE DE PERSONA INFORMANTE	EDAD	COMPRAS PARA EL HOGAR												PLANTAS Y MASCOTAS			CUIDADO Y/O ASISTENCIA A PERSONAS DEL HOGAR CON DEPENDENCIA		
			1108			1109			1110			1201			1202					
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comprar y/o acomodar artículos de primera necesidad (comida, medicinas) para el consumo del hogar en tienda, mercado, supermercado, etc.?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comprar ropa, zapatos o artículos como electrodomésticos, utensilios, muebles, combustible, etc. para usted o para alguien de su hogar?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar, regar, abonar y/o podar plantas del jardín/patio o a cuidar mascotas? (Alimentar, bañar, llevar a control veterinario, pasear y/o sacar a caminar, etc.)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dar de comer, bañar/asear, vestir a personas del hogar con dependencia permanente?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a estar pendiente, jugar, leer o conversar con personas del hogar con dependencia permanente?					
			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera)											
1. Si 2. No (Pase a P1109)			1. Si 2. No (Pase a P1110)			1. Si 2. No (Pase a P1201)			1. Si 2. No (Pase a P1202)			1. Si 2. No (Pase a P1203)								
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?								
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS						
01																				
02																				
03																				
04																				
05																				
06																				
07																				
08																				
09																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR														
			CUIDADO Y/O ASISTENCIA A PERSONAS DEL HOGAR CON DEPENDENCIA PERMANENTE (DE CUALQUIER EDAD)									CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS					
			1203			1204			1205			1206			1207		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a apoyar en tareas escolares y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) formal a personas del hogar con dependencia permanente?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar con dependencia permanente?			A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a acompañar/trasladar para la realización de trámites (legales, financieros u otros) o mandados a personas del hogar con dependencia permanente?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dar de comer a personas del hogar de 0 a 6 años? (Incluye tiempo de lactancia a menores de 3 años)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a bañar, asear, vestir a personas del hogar de 0 a 6 años?		
(Incluir tiempo de traslados y espera)			(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)								
1. Si 2. No (Pase a P1204)			1. Si 2. No (Pase a P1205)			1. Si 2. No (Pase a P1206)			1. Si 2. No (Pase a P1207)			1. Si 2. No (Pase a P1208)					
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?					
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 6 AÑOS

CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS

1208

1209

1210

1211

1212

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a jugar, leer o conversar con personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a apoyar en tareas escolares o de aprendizaje y/o a trasladar a un centro de educación inicial (guardería o centro de desarrollo integral) a personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 0 a 6 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a jugar, conversar o leer con miembros del hogar de 7 a 14 años?

A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a apoyar en tareas escolares /aprendizaje y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) a personas del hogar de 7 a 14 años?

(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)

(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)

1. Si
2. No
(Pase a P1209)

1. Si
2. No
(Pase a P1210)

1. Si
2. No
(Pase a P1211)

1. Si
2. No
(Pase a P1212)

1. Si
2. No
(Pase a P1213)

B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?

CÓDIGO

HORAS

MINUTOS

N° DE ORDEN

NOMBRE DE INFORMANTE

EDAD

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12
13
14
15

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 7 A 14 AÑOS			CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 15 A 59 AÑOS									CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS		
			1213			1214			1215			1216			1217		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 7 a 14 años? <small>(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> 1. Si 2. No <small>(Pase a P1214)</small>			A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a apoyar en tareas escolares /aprendizaje y/o a acompañar/trasladar a un centro de educación (escuela o colegio) a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> 1. Si 2. No <small>(Pase a P1215)</small>			A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a acompañar/trasladar para la realización de trámites (legales, financieros u otros) a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> 1. Si 2. No <small>(Pase a P1216)</small>			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 15 a 59 años? <small>(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)</small> 1. Si 2. No <small>(Pase a P1217)</small>			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a conversar, escuchar, estar pendiente y/o apoyar en el uso de dispositivos electrónicos a personas del hogar de 60 años y más? 1. Si 2. No <small>(Pase a P1218)</small>		
			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?		
			CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	TRABAJO DOMÉSTICO NO REMUNERADO PARA EL HOGAR						TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES					
			CUIDADO A PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS											
			APLICA SI EN EL HOGAR SE REPORTAN PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS											
			1218			1219			1220		1221		1222A	
A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar por motivos de salud, acompañar y/o trasladar hacia un centro médico a personas del hogar de 60 años y más?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a acompañar/trasladar para la realización de trámites legales o financieros a personas del hogar de 60 años y más?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar quehaceres domésticos para otros hogares, sin recibir pago? (Preparar alimentos, limpiar la casa, lavar o planchar de ropa, cuidar mascotas, etc)		A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar compras, trámites o reparaciones para otros hogares, sin recibir pago?		A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares, sin recibir pago? (dar de comer, administración de medicamentos, acompañar en consultas)				
(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta y tiempo de espera)					(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)						
1. Si 2. No (Pase a P1219)			1. Si 2. No (Pase a P1220)			1. Si 2. No (Pase a P1221)		1. Si 2. No (Pase a P1222A)		1. Si 2. No (Pase a P1226)				
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?		B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?		B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?				
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO		
01														
02														
03														
04														
05														
06														
07														
08														
09														
10														
11														
12														
13														
14														
15														

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

B) TRABAJO NO REMUNERADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES, PARA LA COMUNIDAD Y VOLUNTARIADO

TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES

TRABAJO NO REMUNERADO EN LA COMUNIDAD

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	TRABAJO NO REMUNERADO PARA OTROS HOGARES												TRABAJO NO REMUNERADO EN LA COMUNIDAD		
			1222			1223			1224			1225			1226		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares con dependencia permanente de cualquier edad, sin recibir pago? (Dar de comer, asear, administración de medicamentos, acompañar en consultas)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 0 a 14 años, sin recibir pago? (dar de comer, asear, administración de medicamentos, acompañar en consultas)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 15 a 59 años, sin recibir pago? (Administración de medicamentos, asear,acompañar en consultas)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a cuidar a personas de otros hogares de 60 años y más sin recibir pago? (Administración de medicamentos, asear,acompañar en consultas)			A. El día de ayer, ¿Dedicó tiempo (NOMBRE) a realizar algún trabajo o actividad para la mejora de su comunidad, colonia/residencia y/o realizó trabajo organizativo de apoyo a su comunidad/colonia/residencia sin recibir pago?		
			(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1223) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1224) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1225) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			(Incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1226) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			(Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta) 1. Si 2. No (Pase a P1227) B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?		
	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS		CÓDIGO	HORAS	MINUTOS		CÓDIGO	HORAS	MINUTOS		CÓDIGO	HORAS	MINUTOS		
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	B) TRABAJO NO REMUNERADO			C) ACTIVIDADES PERSONALES											
			TRABAJO NO REMUNERADO			CUIDADO PERSONAL											
			TRABAJO VOLUNTARIO			CUIDADO Y NECESIDADES PERSONALES											
			1227			1301			1302			1303			1304		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar trabajo voluntario en organizaciones sin fines de lucro, agrupaciones y/o colectividades (grupos eclesiales, partidos políticos, etc.) sin recibir pago?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a dormir (Incluyendo siestas)?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a comer? (Incluye el tiempo de comidas principales y refrigerios)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a actividades de aseo y arreglo personal, así como a otras necesidades fisiológicas?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a pasar consulta médica de cualquier especialidad, hacerse exámenes médicos o recibir terapias de rehabilitación?		
1. Si 2. No (Pase a P1301)			1. Si 2. No (Pase a P1302)			1. Si 2. No (Pase a P1303)			1. Si 2. No (Pase a P1304)			1. Si 2. No (Pase a P1305)					
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?					
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	C) ACTIVIDADES PERSONALES												USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN		
			CUIDADO PERSONAL			APRENDIZAJE Y ESTUDIO			ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL								
			CUIDADO Y NECESIDADES PERSONALES			ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL			ESTUDIO Y FORMACIÓN TÉCNICA-VOCACIONAL			USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN					
			1305			1306			1307			1308			1309		
			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a rezar, orar o meditar sin hacer ninguna otra actividad en ese momento?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recibir y/o asistir a clases en la escuela/colegio, instituto o universidad? (incluye modalidad virtual)			A. El día de ayer ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a estudiar, hacer tareas, investigaciones académicas o alguna otra actividad de estudio? (Aplica si persona reporta estar estudiando actualmente) (incluye tiempo de espera y trámites previos y posteriores) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a recibir y/o asistir a cursos de formación, idiomas o algún taller vocacional? (incluye modalidad virtual) (Cursos del INSAFORP, SIRAMA, etc.) (Excluya si fue por motivo de trabajo). (Aplica si persona reporta estar asistiendo actualmente a algún curso de formación técnica) (Incluye tiempo de traslado de ida y vuelta)			A. El día de ayer, sin realizar otra actividad en ese momento, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a leer (libros, revistas y/o periódicos impresos o digitales), ver televisión (películas, series, programas, videos o documentales), escuchar radio (música, podcast, noticias, programas de radio)?		
1. Si 2. No (Pase a P1306)			1. Si 2. No (Pase a P1307)			1. Si 2. No (Pase a P1308)			1. Si 2. No (Pase a P1309)			1. Si 2. No (Pase a P1310)					
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?					
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

USO DEL TIEMPO (PARA TODAS LAS PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS)

ENCUESTADORA/OR, FAVOR LEA A LA PERSONA(S) INFORMANTE(S) LA SIGUIENTE INDICACIÓN: A continuación le haré algunas preguntas sobre las actividades cotidianas que realizó el día de ayer _____.

C) ACTIVIDADES PERSONALES

N° DE ORDEN	NOMBRE DE INFORMANTE	EDAD	CONVIVENCIA SOCIAL Y ACTIVIDADES RECREATIVAS														
			USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN			CONVIVENCIA SOCIAL Y RECREACIÓN						AFICIONES Y EJERCICIO FÍSICO					
			1310			1311			1312			1313			1314		
			A. El día de ayer, sin realizar otra actividad en ese momento ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a navegar en internet, revisar su correo electrónico, chatear o revisar redes sociales (whatsapp, facebook, twitter, entre otros) ?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a compartir con familiares, amistades?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) a asistir a celebraciones comunitarias, cívicas, religiosas, culturales, de entretenimiento o deportivos?			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a realizar algún pasatiempo y/o practicar algún arte? (Bordar, tejer, tocar algún instrumento, juegos de mesa, azar, videojuegos, etc.)			A. El día de ayer, ¿Dedicó (NOMBRE) tiempo a practicar algún deporte o a realizar alguna actividad física?		
1. Si 2. No (Pase a P1311)			1. Si 2. No (Pase a P1312)			1. Si 2. No (Pase a P1313)			1. Si 2. No (Pase a P1314)			1. Si 2. No					
B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?			B. ¿Cuánto tiempo le dedicó?					
CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS	CÓDIGO	HORAS	MINUTOS			
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

Observaciones:

CALIFICACIÓN DEL HOGAR ENTREVISTADO

Observaciones: _____

- 1. Información confiable
- 2. Información poco confiable
- 3. Información no confiable

CUADRO RESUMEN A COMPLETAR POR ENCUESTADOR/A

NÚMERO DE PERSONAS
QUE CONFORMAN EL
HOGAR

NÚMERO DE PERSONAS
DEL HOGAR MAYORES
DE 12 AÑOS

IDENTIFICACIÓN DEL PERSONAL DE CAMPO

ENCUESTADOR/A

NOMBRE:

CÓDIGO:

FECHA:

SUPERVISOR/A

NOMBRE:

CÓDIGO:

FECHA:
