



Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados ENASIC 2022

1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN

ENTIDAD FEDERATIVA _____

MUNICIPIO/ALCALDÍA _____

LOCALIDAD _____

AGEB _____

2. CONTROL DE LA VIVIENDA

NÚMERO DE UPM.....

NÚMERO DE VIVIENDA SELECCIONADA.....

3. CONTROL DE HOGARES Y CUESTIONARIOS

HOGAR [] DE [] EN LA VIVIENDA

CUESTIONARIO [] DE [] EN LA VIVIENDA

4. RESULTADO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL Y PERSONA ELEGIDA

NÚMERO DE RENGLÓN	CUIDADORA(S) 15 AÑOS O MÁS		ELEGIDA 15 A 60 AÑOS		VISITA / CÓDIGO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL					FECHA DE ELEGIBILIDAD (PERSONA ELEGIDA)		
	1 Sí	2 No	1 Sí	2 No	1a	2a	3a	4a	5a	6a	Día	Mes
	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]		
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
TOTAL DE PERSONAS []	CÓDIGOS DE ENTREVISTA INDIVIDUAL											
	Con información				Sin información							
	a. Completa b. Incompleta				c. Aplazada d. Ausencia e. Negativa				f. Discapacidad, enfermedad terminal o crónica g. No habla español h. Otra situación			

5. RESULTADO DE LA ENTREVISTA EN EL HOGAR

VISITA / CÓDIGO DEL HOGAR					
1a	2a	3a	4a	5a	6a
[]	[]	[]	[]	[]	[]
CÓDIGOS DEL HOGAR					
A. Completa					
B. Incompleta con alguna entrevista individual pendiente					
C. Incompleta sin identificar personas para entrevista individual					

6. RESULTADO DE LA VISITA A LA VIVIENDA

NÚMERO DE VISITA	CÓDIGO DE VIVIENDA	FECHA		CÓDIGOS DE VIVIENDA
		DÍA	MES	
1a	[]	[]	[]	01. Completa 02. Incompleta 03. Vivienda con algún hogar sin información 04. Sin identificar hogares
2a	[]	[]	[]	
3a	[]	[]	[]	
4a	[]	[]	[]	
5a	[]	[]	[]	
6a	[]	[]	[]	

7. RESPONSABLES

ENTREVISTADOR(A) _____

SUPERVISOR(A) DE ENTREVISTADORES _____

8. CONTROL DE PAQUETE

FOLIO DE PAQUETE

CONSECUTIVO EN EL PAQUETE

CONFIDENCIALIDAD

Conforme a las disposiciones del **artículo 37, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los datos que proporcionen para fines estadísticos los informantes del Sistema a las Unidades en términos de la presente Ley, serán estrictamente confidenciales y bajo ninguna circunstancia podrán utilizarse para otro fin que no sea el estadístico."

OBLIGATORIEDAD

De acuerdo con el **artículo 45, párrafo primero, de la Ley del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica** en vigor: "Los Informantes del Sistema estarán obligados a proporcionar, con veracidad y oportunidad, los datos e informes que les soliciten las autoridades competentes para fines estadísticos, censales y geográficos, y prestarán apoyo a las mismas."

Buenos(as) días/ tardes, mi nombre es _____ y trabajo en el INEGI. Por favor necesito hablar con la jefa o jefe del hogar, o con una persona de 18 años o más, que viva aquí, y conozca la información de todas las personas del hogar y las características de su vivienda.

Estamos llevando a cabo la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (ENASIC) 2022, con el propósito de conocer las necesidades que tienen los hogares para cuidar a sus niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, con discapacidad o alguna enfermedad; así como los problemas y desafíos que enfrentan para su cuidado. Toda la información que nos proporcione es confidencial.

SECCIÓN 1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

A continuación le preguntaré por las características de su vivienda.

PISOS	COCINA	NÚMERO DE CUARTOS
<p>1.1 ¿De qué material es la mayor parte del piso de esta vivienda?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Tierra..... 1</p> <p>Cemento o firme 2</p> <p>Madera, mosaico u otro recubrimiento..... 3</p>	<p>1.2 ¿Esta vivienda tiene un cuarto para cocinar?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p>	<p>1.3 ¿Cuántos cuartos se usan para dormir, sin contar pasillos?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>[] [] []</p> <p>1.3a ¿Cuántos cuartos tiene en total esta vivienda, contando la cocina? (No cuente pasillos ni baños)</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>[] [] []</p>

DISPONIBILIDAD Y ABASTECIMIENTO DE AGUA

1.4 ¿El agua la obtienen de llaves o mangueras que están... dentro de la vivienda? 1

solo en el patio o terreno? 2

¿No tiene agua entubada? 3 → PASE A 1.5

1.4a ¿El agua que usan en su vivienda proviene... del servicio público? 1

de un pozo? 2

de una pipa? 3

de otra vivienda? 4

de otro lugar? 5

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

SANITARIO Y ADMISIÓN DE AGUA

1.5 ¿Tienen... taza de baño (excusado o sanitario)? 1

letrina (pozo u hoyo)? 2

¿No tienen taza de baño ni letrina? 3 → PASE A 1.6

1.5a ¿La taza de baño (letrina)... tiene descarga directa de agua? 1

le echan agua con una cubeta? 2

¿No se le puede echar agua? 3

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

DRENAJE

1.6 ¿Esta vivienda tiene drenaje o desagüe conectado a... la red pública? 1

una fosa séptica o tanque séptico (biodigestor)? 2

una tubería que va a dar a una barranca o grieta? 3

una tubería que va a dar a un río, lago o mar? 4

¿No tiene drenaje? 5

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

ELECTRICIDAD

1.7 ¿Hay luz eléctrica en esta vivienda?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

NECESIDAD DE ADECUAR ESPACIOS POR DISCAPACIDAD

1.8 ¿Esta vivienda requiere que le realicen alguna adaptación para personas con discapacidad como...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

1 poner rampas?

2 ampliar puertas?

3 adecuar baños (agarraderas)?

4 poner pasamanos?

EQUIPAMIENTO DE LA VIVIENDA

1.9 ¿En esta vivienda tienen...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

01 lavadero?

02 fregadero o tarja?

03 tanque de gas estacionario?

04 bomba de agua?

05 tinaco?

06 cisterna o aljibe?

07 calentador de agua o boiler (gas, eléctrico, leña)?

08 calentador solar de agua?

09 regadera?

10 aire acondicionado?

BIENES Y SERVICIOS EN LA VIVIENDA

1.10 ¿En esta vivienda tienen...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

01 refrigerador?

02 lavadora?

CON CÓDIGO 1 PREGUNTE 

02a ¿Es automática (se llena, lava, enjuaga y exprime sola)?

03 horno de microondas?

04 automóvil o camioneta?

05 motocicleta o motoneta?

06 televisor?

07 computadora, laptop o tablet?

08 teléfono celular?

09 internet?

10 plancha eléctrica?

11 licuadora?

12 estufa de gas o eléctrica?

SECCIÓN 2. IDENTIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LOS HOGARES

TOTAL DE PERSONAS EN LA VIVIENDA

2.1 **¿Cuántas personas viven normalmente en esta vivienda contando a las niñas y niños chiquitos, personas adultas mayores y personas con discapacidad?** Incluya al personal doméstico que vive aquí.

REGISTRE CON NÚMERO

|_|_|

GASTO COMÚN

2.2 **¿Todas las personas que viven en esta vivienda comparten un mismo gasto para comer?**

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → *PASE A 2.4*

No 2

NÚMERO DE HOGARES

2.3 **Entonces, ¿cuántos hogares o grupos de personas tienen gasto separado para comer contando el de usted?**

REGISTRE CON NÚMERO

|_|_|

HORA DE TÉRMINO |_|_|:|_|_|

SI HAY MÁS DE UN HOGAR EN LA VIVIENDA APLIQUE LA ENTREVISTA A CADA UNO DE ELLOS A PARTIR DE LA PREGUNTA 2.4

HORA DE INICIO |_|_|:|_|_|

TRABAJADORAS(ES) REMUNERADAS(OS) EN EL HOGAR					
TIPO DE TRABAJADORES	NÚMERO DE TRABAJADORES	NÚMERO DE TRABAJADORES POR SEXO		HORAS TRABAJADAS	PAGO A TRABAJADORES DOMÉSTICOS Y CUIDADORES
<p>2.4 ¿En este hogar contratan...</p> <p align="center">REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</p> <p align="center">CON CÓDIGO 1, PREGUNTE DE 2.5 A 2.8</p> <p>Sí 1 →</p> <p>No 2 ↓</p>	<p>2.5 ¿Cuántas(os) son?</p> <p align="center">REGISTRE CON NÚMERO</p> <p align="center">→</p>	<p>2.6 ¿Cuántas(os) son...</p> <p align="center">REGISTRE CON NÚMERO</p> <p align="center">→</p> <p align="center">hombres? mujeres?</p>		<p>2.7 En total, ¿cuántas horas trabajó(aron) para este hogar la semana pasada?</p> <p align="center">REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>Menos de una hora00</p> <p>97 y más97</p> <p>No trabajó la semana pasada...98</p> <p>No sabe99</p> <p align="center">→</p>	<p>2.8 ¿Cuánto le(s) pagan semanalmente?</p> <p align="center">REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>No sabe99 999</p>
1 trabajadoras(es) domésticas(os) de entrada por salida (o de vez en cuando)? _ _	_	_	_	_ _	\$ _ _ , _ _ _
2 trabajadoras(es) domésticas(os) que vivan aquí? _ _	_	_	_	_ _	\$ _ _ , _ _ _
3 personal de enfermería de niñas, niños, de personas adultas mayores o con alguna discapacidad o enfermedad? _ _	_	_	_	_ _	\$ _ _ , _ _ _
4 personas cuidadoras de niñas, niños, de personas adultas mayores o con alguna discapacidad o enfermedad? _ _	_	_	_	_ _	\$ _ _ , _ _ _
5 jardinera(o) o chofer? _ _	_	_	_	_ _	\$ _ _ , _ _ _

TODAS CON CÓDIGO 2, PASE A SECCIÓN 3

PARA TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

AFILIACIÓN A SERVICIOS MÉDICOS		DISCAPACIDAD		CONDICIÓN MENTAL	CONDICIÓN DE INDEPENDENCIA	
NÚMERO DE REGISTRO	3.6 ¿(NOMBRE) está afiliada(o) o tiene derecho a servicios médicos en... <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>		3.7 En su vida diaria, ¿(NOMBRE) cuánta dificultad tiene para... <i>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</i>		3.8 ¿(NOMBRE) tiene algún problema o condición mental (como autismo, síndrome de Down, esquizofrenia, entre otros)? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>	3.8a Este problema o condición mental, ¿impediría que (NOMBRE) viva de forma independiente o sola(o)? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i>
	el Seguro Social (IMSS)?01 el ISSSTE?02 el ISSSTE estatal?03 PEMEX, Defensa o Marina?04 un centro de salud, hospital o instituto de salud de gobierno?.....05 el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) o el Seguro Popular?06 el IMSS-BIENESTAR?.....07 un seguro privado de gastos médicos?08 otra institución? (ESPECIFIQUE).....09 Entonces, ¿carece de afiliación o derecho a servicios médicos? 10 No sabe99 <i>SOLO SI DECLARA QUE LA PERSONA NO ESTÁ AFILIADA (CÓDIGO 10), PREGUNTE:</i>		No tiene dificultad 1 Lo hace con poca dificultad 2 Lo hace con mucha dificultad 3 No puede hacerlo 4 ver, aun usando lentes?.....1 oír, aun usando aparato auditivo?.....2 caminar, subir o bajar?.....3 recordar o concentrarse?4 bañarse, vestirse o comer?5 hablar o comunicarse (por ejemplo: entender o ser entendido por otros)?6 mover o usar sus brazos o manos?7		Sí1 No2 → <i>PASE A 3.9</i>	Sí 1 No 2
	3.6a ¿Tenía derecho en el Seguro Popular (o para una Nueva Generación)? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí 1 No2 No sabe9					
	3.6	→	3.6a	→	→	→
	CÓDIGO		CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
	1		1	1 2 3 4 5 6 7	1	1
	2		2	1 2 3 4 5 6 7	2	2
	3		3	1 2 3 4 5 6 7	3	3
	4		4	1 2 3 4 5 6 7	4	4
	5		5	1 2 3 4 5 6 7	5	5
6		6	1 2 3 4 5 6 7	6	6	
7		7	1 2 3 4 5 6 7	7	7	

PARA PERSONAS DE 3 AÑOS Y MÁS		PARA PERSONAS DE 0 A 5 AÑOS CUMPLIDOS	
NIVEL DE ESCOLARIDAD		ASISTENCIA A LA GUARDERÍA	RAZÓN DE NO ASISTENCIA A LA GUARDERÍA
3.9 ¿Hasta qué año o grado aprobó (NOMBRE) en la escuela? <i>REGISTRE NIVEL Y AÑO</i> Ninguno.....00 Preescolar o kinder.....01 Primaria.....02 Secundaria.....03 Normal básica.....04 Carrera técnica con secundaria terminada.....05 Preparatoria o bachillerato06 Carrera técnica con preparatoria terminada07 Licenciatura o ingeniería (profesional).....08 Especialidad09 Maestría10 Doctorado11 No sabe.....99		3.10 ¿(NOMBRE) asiste actualmente a educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí.....1 → <small>PASE A 3.12</small> No2	3.11 ¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no asiste a educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i> No tiene necesidad, está pequeño 1 No puede pagar los gastos escolares 2 No hay centros de educación inicial, guarderías o estancias infantiles o queda lejos 3 Los horarios no se ajustan a las necesidades de su madre/ padre/ tutor(a)..... 4 Por enfermedad o discapacidad 5 Otra (ESPECIFIQUE) 6 No sabe 9 <i>PASE A SIGUIENTE PERSONA O A FILTRO 1</i>
→		→	
NIVEL	AÑO	CÓDIGO	CÓDIGO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARA PERSONAS DE 0 A 5 AÑOS CUMPLIDOS

	HORAS DE ASISTENCIA A LA GUARDERÍA	RAZONES DE ASISTENCIA A LA GUARDERÍA	MENSUALIDAD DE LA GUARDERÍA
N Ú M E R O D E R E N G L Ó N	<p>3.12 ¿Cuántas horas diarias asiste (NOMBRE) a educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder?</p> <p align="center"><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p> <p>No sabe 99</p>	<p>3.13 ¿Cuáles son las razones principales de llevar a (NOMBRE) a educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder?</p> <p align="center"><i>REGISTRE HASTA TRES CÓDIGOS</i></p> <p>Su cercanía..... 1</p> <p>Buen costo..... 2</p> <p>Para el desarrollo de sus habilidades sociales, físicas y mentales 3</p> <p>No podía(n) cuidarla(o) en el hogar..... 4</p> <p>Para que no se quedara sola(o) 5</p> <p>Otra razón (ESPECIFIQUE) 6</p> <p>No sabe 9</p>	<p>3.14 ¿Cuánto pagan mensualmente en la educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder de (NOMBRE)?</p> <p align="center"><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p> <p>Nada..... 00 000</p> <p>\$98 000 o más 98 000</p> <p>No sabe 99 999</p>
	→	→	→

PASE A SIGUIENTE PERSONA O A FILTRO 1

	HORAS	CÓDIGO	CANTIDAD
1	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
2	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
3	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
4	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
5	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
6	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _
7	_ _	_ _ _	\$ _ _ _ , _ _ _ _

PARA PERSONAS DE 6 A 24 AÑOS CUMPLIDOS		PARA PERSONAS DE 15 A 60 AÑOS		
ASISTENCIA ESCOLAR	RAZÓN DE NO ASISTENCIA ESCOLAR	ELEGIBILIDAD PARA SECCIÓN DE MATERNIDAD Y PATERNIDAD		
<p>3.15 ¿(NOMBRE) asiste actualmente a la escuela, ya sea presencial o en línea (virtual)?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 → <i>PASE A 3.17</i></p> <p>No.....2</p>	<p>3.16 ¿Cuál es la razón principal por la que (NOMBRE) no asiste o dejó de asistir a la escuela?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Logró su meta educativa01</p> <p>Por falta de dinero o recursos02</p> <p>Falta de interés o aptitud para la escuela (no quiso o no le gustó) ...03</p> <p>Tenía que trabajar o entró a trabajar (para ayudar a gastos del hogar).....04</p> <p>Se unió o casó05</p> <p>Se embarazó o embarazó a alguien06</p> <p>Debido a la pandemia por COVID-19, “se salió y no volvió”07</p> <p>Tenía que dedicarse a quehaceres del hogar o cuidar algún familiar08</p> <p>Problemas personales (conflictos familiares, pareja, compañeras(os) o amistades)09</p> <p>Discapacidad física o mental..... 10</p> <p>No había cupo, no había escuela o estaba lejos 11</p> <p>Otra razón (ESPECIFIQUE)..... 12</p>	<p>3.17 ¿En qué día y mes nació (NOMBRE)?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>Persona elegida (del cumpleaños inmediato posterior a la fecha de la entrevista)..... 1</p> <p>Resto de las personas de 15 a 60 años2</p>		
→	→	→		
CÓDIGO	CÓDIGO	DÍA	MES	CÓDIGO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS	
NÚMERO DE HIJAS E HIJOS NACIDOS VIVOS	IDENTIFICACIÓN DE HIJAS E HIJOS VIVIENDO EN EL HOGAR
<p>3.18 En total, ¿cuántas hijas o hijos que nacieron vivos ha tenido (NOMBRE)?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>Ninguno00 → <i>PASE A SIGUIENTE PERSONA O A FILTRO 1</i></p> <p>→</p>	<p>3.19 De estos, ¿quiénes son las hijas e hijos de (NOMBRE) que viven en este hogar?</p> <p>REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN QUE CORRESPONDE A LAS HIJAS E HIJOS</p> <p>Ninguna(o) forma parte de este hogar 00</p> <p><i>PASE A SIGUIENTE PERSONA O A FILTRO 1</i></p>
HIJAS(OS)	NÚMERO DE RENGLÓN
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	

PARA PERSONAS DE 0 A 17 AÑOS	
FILTRO 1	VERIFICACIÓN DEL (LA) TUTOR(A) O PERSONA RESPONSABLE
<p>ENTREVISTADOR(A): AL TERMINAR DE APLICAR LA PARTE SOCIODEMOGRÁFICA PARA TODAS LAS PERSONAS, VERIFIQUE Y RESPONDA:</p> <p>¿TODOS LOS MENORES DE HASTA 17 AÑOS HAN SIDO LISTADOS EN 3.19?</p> <p>CIRCULE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1 → <i>PASE A SECCIÓN 3a</i></p> <p>No 2 → <i>VERIFIQUE QUIÉN FALTA Y PREGUNTE 3.20</i></p> <p>No hay menores de 0 a 17 años en el hogar 3 → <i>PASE A SECCIÓN 3a</i></p>	<p>3.20 ¿Quién es el tutor(a) o persona responsable de (NOMBRE)?</p> <p>EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA QUE FALTABA, REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL TUTOR(A) O RESPONSABLE</p> <p>No tiene tutor(a) o persona responsable en el hogar 98</p>
	NÚMERO DE RENGLÓN

POR HOGAR

SECCIÓN 3A. DIVISIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO EN EL HOGAR E INGRESOS TOTALES

DIVISIÓN DEL TRABAJO DOMÉSTICO EN EL HOGAR	PRINCIPAL ENCARGADA(O) DEL TRABAJO DOMÉSTICO EN EL HOGAR
<p>3a.1 En su hogar, ¿quién o quiénes participan en...</p> <p align="center"><i>REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LAS PERSONAS INDICADAS Y PASE A 3a.2</i></p> <p align="right">Trabajador(a) doméstico(a)..... 88</p> <p align="right">Otra persona ajena al hogar (con o sin pago) 89</p> <p align="right">No sabe..... 99</p> <p align="center">→</p>	<p>3a.2 ¿Y quién los realiza PRINCIPALMENTE?</p> <p align="center"><i>REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA INDICADA</i></p> <p align="right">Trabajador(a) doméstico(a)..... 88</p> <p align="right">Otra persona ajena al hogar (con o sin pago) 89</p> <p align="right">No sabe..... 99</p>
<p>1 hacer reparaciones a su vivienda, muebles, vehículos o aparatos electrodomésticos?</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p align="center"> _ _ _ </p>
<p>2 hacer los trámites y compras para el hogar (pagos de luz, teléfono, ir al banco, al mercado, etcétera)?</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p align="center"> _ _ _ </p>
<p>3 cocinar, preparar, calentar o servir alimentos o bebidas?</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p align="center"> _ _ _ </p>
<p>4 hacer los quehaceres domésticos (lavar, planchar, asear la casa)?</p> <p align="center"> _ _ _ _ _ _ _ _ _ </p>	<p align="center"> _ _ _ </p>

APOYO DE PROGRAMAS SOCIALES

3a.3 ¿Alguna persona de este hogar recibe del gobierno...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

No sabe.....9

1 el Programa de Apoyo para el Bienestar de las Niñas y Niños, Hijos de Madres Trabajadoras antes Estancias infantiles?|_|_|

2 la Beca de Educación Básica para el Bienestar Benito Juárez antes PROSPERA?|_|_|

3 la Beca Universal de Educación Media Superior Benito Juárez antes PROSPERA?|_|_|

4 el programa de Jóvenes Construyendo el Futuro?|_|_|

5 el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad Permanente?.....|_|_|

6 el Programa Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores antes Programa 65 y más?|_|_|

7 el Seguro de Vida para Jefas de Familia?|_|_|

8 ¿Otro programa social? _____|_|_|

ESPECIFIQUE

INGRESOS TOTALES DEL HOGAR

En algunas preguntas del cuestionario, usted podrá registrar la respuesta personalmente. Nadie sabrá lo que usted respondió. Debe sentirse con plena libertad para responder.

Una de esas preguntas es la siguiente. Le voy a pasar el dispositivo para que lea la pregunta y responda directamente; solo usted conocerá la respuesta. Si tiene alguna duda con toda confianza me puede preguntar.

ENTREVISTADOR(A): ENTREGUE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLIQUE AL INFORMANTE EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO PARA QUE PUEDA REGISTRAR SU(S) RESPUESTA(S).

INGRESO MENSUAL DEL HOGAR

3a.4 ¿Cuál es el ingreso total mensual del hogar considerando a todas las personas del hogar? Sume los ingresos por trabajo, propinas, jubilación o pensión, dinero enviado de otro país y de programas sociales.

REGISTRE CON NÚMERO

\$98 000 y más mensual 98 000

No sabe 99 999

\$ | | | | |
CANTIDAD

INFORMANTE: REGISTRE LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE

INGRESO APROXIMADO DEL HOGAR

3a.5 Ahora seleccione el rango del ingreso mensual total del hogar.

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Hasta \$3 600	01
De \$3 601 a \$6 100	02
De \$6 101 a \$8 100	03
De \$8 101 a \$9 900	04
De \$9 901 a \$12 100	05
De \$12 101 a \$14 500	06
De \$14 501 a \$17 600	07
De \$17 601 a \$21 900	08
De \$21 901 a \$29 100	09
De \$29 101 a \$45 100	10
Más de \$45 100	11

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR O ENTREVISTADORA.

HORA DE TÉRMINO | | : | |

HORA DE INICIO | | : | |

SECCIÓN 4. IDENTIFICACIÓN DE PERSONAS DEL HOGAR QUE NECESITAN CUIDADOS

A continuación le voy a preguntar por las personas que requieren cuidados y las que cuidan en este hogar o en otros hogares. Considere lo siguiente. (ENTREGUE TARJETA 2)

Una persona que cuida es aquella que realiza actividades para beneficio de otras personas ya sea por su edad o condición: bebés, niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores, personas enfermas o con limitaciones físicas y/o mentales. Entre las actividades de cuidado están: preparar alimentos especiales, dar de comer, dar medicamentos, hacer terapia, ayudar en el aseo personal (bañar, peinar, vestir, cambiar pañales), supervisar actividades, hacer compañía y llevar o traer (a la escuela, al médico, hacer trámites o compras, entre otras).

Incluye a quienes dan cuidados y acompañamiento a las personas de su hogar o de otros hogares.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN CUIDADOS

FILTRO 1: ¿HAY ALGUNA PERSONA QUE TIENE DISCAPACIDAD? (3.7 = 3 O 4, Y/O 3.8a = 1 EN ALGUNA PERSONA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 2

CONDICIÓN DE CUIDADO	CUIDADORES DEL HOGAR	CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) PRINCIPAL CON LA PERSONA CUIDADA	CONDICIÓN DE CUIDADO DE OTROS HOGARES	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) DE OTRO HOGAR CON LA PERSONA CUIDADA
			4.3a El (la) cuidador(a) principal ¿qué es de (NOMBRE)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Cónyuge o pareja 01 Madre 02 Padre 03 Abuela 04 Abuelo 05 Nieta 06 Nieto 07 Hija 08 Hijo 09 Otro (ESPECIFIQUE) 10		4.5 La persona de otro hogar, ¿qué parentesco tiene con (NOMBRE)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Madre 01 Padre 02 Abuela 03 Abuelo 04 Nieta 05 Nieto 06 Hija 07 Hijo 08 Otro (ESPECIFIQUE) ... 09 Trabajador(a) doméstico(a) 10 Enfermera(o) o persona cuidadora .. 11
4.1 La semana pasada a (NOMBRE), ¿alguna persona del hogar le dio de comer, la(o) bañó, vistió, la(o) acompañó para salir a la calle o estuvo al pendiente para que no se quede sola(o)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí.....1 No2 → PASE A 4.3 Hogar unipersonal ...3 → PASE A 4.4 →	4.2 ¿Qué personas de su hogar cuidaron o ayudaron a (NOMBRE) la semana pasada? REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S) →	4.3 (Aunque en la semana pasada nadie del hogar la(o) cuidó), ¿quién es la cuidadora o cuidador principal de (NOMBRE) en el hogar? REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA INDICADA No la(o) cuidó nadie del hogar / Se cuida sola(o).....00 → PASE A 4.4 →	4.3a El (la) cuidador(a) principal ¿qué es de (NOMBRE)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Cónyuge o pareja 01 Madre 02 Padre 03 Abuela 04 Abuelo 05 Nieta 06 Nieto 07 Hija 08 Hijo 09 Otro (ESPECIFIQUE) 10 →	4.4 La semana pasada a (NOMBRE), ¿la(o) cuidó o ayudó alguna persona de otro hogar? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí 1 No ... 2 → PASE A 4.9 →	4.5 La persona de otro hogar, ¿qué parentesco tiene con (NOMBRE)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Madre 01 Padre 02 Abuela 03 Abuelo 04 Nieta 05 Nieto 06 Hija 07 Hijo 08 Otro (ESPECIFIQUE) ... 09 Trabajador(a) doméstico(a) 10 Enfermera(o) o persona cuidadora .. 11 } PASE A 4.8 →
CÓDIGO	NÚMERO DE RENGLÓN	NÚMERO DE RENGLÓN	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN CUIDADOS

NÚMERO DE REGISTRO	CONDICIÓN DE PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	CAPACITACIÓN PARA DAR CUIDADOS	ASISTENCIA A CENTRO DE CUIDADO	PAGO MENSUAL DEL CENTRO DE CUIDADO
	4.6 ¿El cuidado o apoyo que le dio la persona de otro hogar a (NOMBRE) fue a cambio de un pago? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí..... 1 No 2 → ^{PASE} _{A 4.8}	4.7 ¿Cuánto le(s) pagaron la semana pasada? REGISTRE CON NÚMERO \$98 000 o más98 000 No sabe.....99 999	4.8 La persona de otro hogar, ¿tiene o recibió algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados a (NOMBRE)? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí1 No2 No sabe9	4.9 ¿(NOMBRE) asiste a una institución de educación especial, guardería, capacitación para el trabajo, intervención temprana u otro? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí.....1 No.....2 → ^{PASE} _{A 4.11}	4.10 ¿Cuánto pagan mensualmente? REGISTRE CON NÚMERO Nada00 000 \$98 000 o más.....98 000 No sabe99 999
	→	→	→	→	→
	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CANTIDAD
1	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
2	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
3	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
4	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
5	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
6	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _
7	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_	_	\$ _ _ , _ _ _ _

PERSONAS CON DISCAPACIDAD QUE NECESITAN CUIDADOS

NÚMERO DE REGISTRO	TIEMPO QUE LLEVAN CUIDÁNDOLA(O)	HORAS SIN CUIDADO	SUFICIENCIA DE CUIDADOS	REDES DE APOYO
	4.11 (NOMBRE), ¿cuánto tiempo lleva recibiendo ayuda o cuidados por la discapacidad o condición que tiene? REGISTRE CON NÚMERO Nadie la(o) cuida00 00 → <i>PASE A 4.13</i> Desde que nació88 88 No sabe99 99 →	4.12 ¿(NOMBRE) cuántas horas diarias se queda sola(o) en el hogar? REGISTRE CON NÚMERO No se queda sola(o) 00 →	4.13 ¿Considera que (NOMBRE) necesita que le brinden más tiempo de cuidado u otro tipo de atención? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí 1 No 2 → <i>PASE A SIGUIENTE PERSONA O A FILTRO 2</i> →	4.14 ¿Este tiempo o cuidados para (NOMBRE) si pudiera lo complementarían con... REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN Sí 1 No 2 No sabe 9 el apoyo de personal de enfermería o persona cuidadora? 1 llevarla(o) a una escuela de educación especial? 2 el apoyo de vecinas(os), amistades o de familiares que viven en otra vivienda? 3 más apoyo de los integrantes del hogar? 4 llevarla(o) a actividades de estimulación física o mental, etcétera? 5 llevarla(o) a una residencia permanente para que la(o) cuiden (estancia de tiempo completo)? 6 llevarla(o) a una residencia de día para su cuidado? 7 PASE A SIGUIENTE PERSONA QUE NECESITA CUIDADO O A FILTRO 2 →
	AÑOS MESES	HORAS	CÓDIGO	CÓDIGO
1	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 2: ¿HAY NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD? (ALGUNA PERSONA CON EDAD (3.5) = 0 A 5 Y 3.7 = 1 O 2 Y/O 3.8a = 2)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 3

4.15	CONDICIÓN DE CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS	CUIDADORES DEL HOGAR	CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) PRINCIPAL CON LA PERSONA CUIDADA	CONDICIÓN DE CUIDADO DE OTROS HOGARES	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) DE OTRO HOGAR CON LA PERSONA CUIDADA	
CIRCULE A MENORES DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD (NO DECLARADOS ANTERIORMENTE)	<p>Ahora le preguntaré por las niñas y niños de hasta 5 años.</p> <p>4.16 La semana pasada a (NOMBRE), ¿alguna persona del hogar le dio de comer, le bañó, vistió, acostó, llevó o recogió de la estancia infantil o preescolar, del servicio médico, le atendió o dio otro tipo de cuidado?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.18</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>4.17 La semana pasada a (NOMBRE) ¿qué personas de su hogar la(o) cuidaron o apoyaron?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S)</small></p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>4.18 (Aunque en la semana pasada nadie del hogar la(o) cuidó), ¿quién es la cuidadora o cuidador principal de (NOMBRE) en el hogar?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA INDICADA</small></p> <p>No la(o) cuidó nadie del hogar 00</p> <p style="text-align: center;">↓ PASE A 4.19</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>4.18a El (la) cuidador(a) principal ¿qué es de (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Madre 1</p> <p>Padre 2</p> <p>Abuela 3</p> <p>Abuelo 4</p> <p>Tía 5</p> <p>Tío 6</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 7</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>4.19 La semana pasada a (NOMBRE) ¿la(o) cuidó alguna persona de otro hogar?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.23</p> <p style="text-align: center;">→</p>	<p>4.20 La persona de otro hogar, ¿qué parentesco tiene con (NOMBRE)?</p> <p style="text-align: center;"><small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small></p> <p>Madre 1</p> <p>Padre 2</p> <p>Abuela 3</p> <p>Abuelo 4</p> <p>Tía 5</p> <p>Tío 6</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 7</p> <p>Trabajador(a) doméstico(a) 8</p> <p>Enfermera(o) o persona cuidadora 9</p> <p style="text-align: right;"><small>↓ PASE A 4.23</small></p> <p style="text-align: center;">→</p>	
		CÓDIGO	NÚMERO DE RENGLÓN	NÚMERO DE RENGLÓN	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
	1	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
	2	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
	3	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
	4	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
	5	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
	6	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□
7	□	□□□□□□□□	□□□□	□□□□□□□□	□	□□□□□□□□	

CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

NÚMERO DE REGISTRO	CONDICIÓN DE PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	HORAS SIN CUIDADO	SUFICIENCIA DE CUIDADOS	REDES DE APOYO
	<p>4.21 ¿El cuidado o apoyo que le dio la persona de otro hogar a (NOMBRE) fue a cambio de un pago?</p> <p align="center"><i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → <i>PASE A 4.23</i></p>	<p>4.22 ¿Cuánto le(s) pagaron la semana pasada?</p> <p align="center"><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p> <p>\$98 000 o más 98 000</p> <p>No sabe 99 999</p>	<p>4.23 ¿(NOMBRE) cuántas horas diarias se queda sola(o) en el hogar?</p> <p align="center"><i>REGISTRE CON NÚMERO</i></p> <p>No se queda sola(o)00</p>	<p>4.24 ¿Considera que (NOMBRE) necesita que le brinden más tiempo de cuidado u otro tipo de atención?</p> <p align="center"><i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i></p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → <i>PASE A SIGUIENTE PERSONA A FILTRO 3</i></p>	<p>4.25 ¿Este tiempo o cuidados para (NOMBRE) si pudiera lo complementarían con...</p> <p align="center"><i>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</i></p> <p>Sí 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 9</p> <p>el apoyo de niñera(o)? 1</p> <p>llevarla(o) a educación inicial, estancia, guardería, preescolar o kinder? 2</p> <p>el apoyo de vecinas(os) o amistades? 3</p> <p>el apoyo de familiares que viven en otra vivienda? 4</p> <p>más apoyo de las y los integrantes del hogar? 5</p> <p>llevarla(o) a actividades de estimulación temprana, natación, etcétera? 6</p> <p align="center"><i>PASE A SIGUIENTE PERSONA QUE NECESITA CUIDADO O A FILTRO 3</i></p>
	→	→	→	→	→
	CÓDIGO	CANTIDAD	HORAS	CÓDIGO	CÓDIGO
1	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
2	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
3	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
4	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
5	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
6	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6
7	□	\$ □□□□, □□□□□	□□□□	□	□□ □□ □□ □□ □□ □□ 1 2 3 4 5 6

CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 3: ¿HAY NIÑAS(OS) DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD (ALGUNA PERSONA CON EDAD (3.5) = 6 A 17 Y 3.7 = 1 O 2 Y/O 3.8a = 2)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 4

4.26	CONDICIÓN DE CUIDADO DE NIÑAS(OS) Y ADOLESCENTES DE 6 A 17 AÑOS	CUIDADORES DEL HOGAR	CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) PRINCIPAL CON LA PERSONA CUIDADA	CONDICIÓN DE CUIDADO DE OTROS HOGARES	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) DE OTRO HOGAR CON LA PERSONA CUIDADA
	CIRCULE A MENORES 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD (NO DECLARADOS ANTERIORMENTE)	<p>Ahora le preguntaré por el cuidado de niñas, niños y adolescentes de 6 a 17 años de su hogar.</p> <p>4.27 La semana pasada a (NOMBRE), ¿alguien del hogar la(o) cuidó, ayudó, acompañó, supervisó, llevó o recogió de la escuela, del servicio médico, le atendió o dio otro tipo de cuidados?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.29</p>	<p>4.28 La semana pasada a (NOMBRE) ¿qué personas de su hogar la(o) cuidaron o apoyaron?</p> <p align="center">REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S)</p>	<p>4.29 (Aunque en la semana pasada nadie del hogar la(o) cuidó), ¿quién es la cuidadora o cuidador principal de (NOMBRE) en el hogar?</p> <p align="center">REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA INDICADA</p> <p>No la (lo) cuidó nadie del hogar... 00 → PASE A 4.30</p>	<p>4.29a El (la) cuidador(a) principal ¿qué es de (NOMBRE)?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Madre 1</p> <p>Padre 2</p> <p>Abuela 3</p> <p>Abuelo 4</p> <p>Tía 5</p> <p>Tío 6</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 7</p>	<p>4.30 La semana pasada a (NOMBRE) ¿la(o) cuidó o apoyó alguna persona de otro hogar?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.34</p>
		CÓDIGO	NÚMERO DE RENGLÓN	NÚMERO DE RENGLÓN	CÓDIGO	CÓDIGO
1	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
2	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
3	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
4	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
5	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
6	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□
7	□	□□□□□□□□	□□□□	□	□	□

CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

NÚMERO DE REGISTRO	CONDICIÓN DE PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	HORAS SIN CUIDADO	HORARIO EXTENDIDO	RAZONES DE ASISTENCIA AL CENTRO DE CUIDADO
	<p>4.32 ¿El cuidado o apoyo que le dio la persona de otro hogar a (NOMBRE) fue a cambio de un pago?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → <small>PASE A 4.34</small></p>	<p>4.33 ¿Cuánto le(s) pagaron la semana pasada?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>\$98 000 o más..... 98 000</p> <p>No sabe..... 99 999</p>	<p>4.34 ¿(NOMBRE) cuántas horas diarias se queda sola(o) en el hogar?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>No se queda sola(o)..... 00</p>	<p>4.35 ¿(NOMBRE) tiene horario extendido en la escuela?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí..... 1</p> <p>No..... 2 → <small>PASE A 4.38</small></p> <p>No aplica (preparatoria)..... 8 → <small>PASE A 4.38</small></p>	<p>4.36 ¿Cuáles son las razones principales para que (NOMBRE) estuviera con horario extendido?</p> <p>REGISTRE HASTA TRES CÓDIGOS</p> <p>Cercanía.....01</p> <p>Buen costo.....02</p> <p>Horarios acordes a sus necesidades.....03</p> <p>No podía(n) cuidarla(o) en el hogar.....04</p> <p>Que no se quedara sola(o).....05</p> <p>Para socializar o convivir.....06</p> <p>Para que se desestrese (relajarse), por motivos de salud o recomendación de doctores.....07</p> <p>Para aprender más o algo nuevo.....08</p> <p>Otra razón (ESPECIFIQUE).....09</p> <p>No sabe.....99</p>
	→	→	→	→	→
	CÓDIGO	CANTIDAD	HORAS	CÓDIGO	CÓDIGO
1	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
2	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
3	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
4	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
5	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
6	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _
7	_	\$ _ _ , _ _ _ _	_ _	_	_ _ _ _ _ _

CUIDADO DE NIÑAS(OS) DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

NÚMERO DE RENGLÓN	MENSUALIDAD DEL HORARIO EXTENDIDO	HORAS DE ASISTENCIA A LA ESCUELA	SUFICIENCIA DE CUIDADOS	REDES DE APOYO
	4.37 ¿Cuánto pagan mensualmente por el horario extendido de la escuela de (NOMBRE)? REGISTRE CON NÚMERO Nada00 000 \$98 000 o más98 000 No sabe99 999	4.38 En total, ¿cuántas horas diarias permanece (NOMBRE) en la escuela (incluya horario extendido)? REGISTRE CON NÚMERO No asiste a la escuela....00 No sabe99	4.39 ¿Considera que (NOMBRE) necesita que le brinden más tiempo de cuidado u otro tipo de atención? REGISTRE UN SOLO CÓDIGO Sí..... 1 No.....2	4.40 ¿Este tiempo o cuidados para (NOMBRE) si pudiera lo complementarían con... REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN Sí 1 No 2 No aplica 8 No sabe 9 el apoyo de una niñera(o) (o persona que le supervise)?1 el apoyo de familiares que viven en otra vivienda?2 el apoyo de vecinas(os) o amistades?.....3 las escuelas de horario extendido o de tiempo completo?.....4 el apoyo de un club de tareas?5 más apoyo de las y los integrantes del hogar?6 llevarla(o) a actividades extracurriculares como clases de música, ajedrez, ballet, fútbol, natación, entre otras?7 PASE A SIGUIENTE PERSONA QUE NECESITA CUIDADO O A FILTRO 4
	→	→	→	→
	CANTIDAD	HORAS	CÓDIGO	CÓDIGO
	1	\$ _____, _____	_____	_____
	2	\$ _____, _____	_____	_____
	3	\$ _____, _____	_____	_____
	4	\$ _____, _____	_____	_____
5	\$ _____, _____	_____	_____	
6	\$ _____, _____	_____	_____	
7	\$ _____, _____	_____	_____	

CUIDADO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 4. ¿HAY PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD (ALGUNA PERSONA CON EDAD (3.5) = 60 Y MÁS Y 3.7 = 1 O 2 Y/O 3.8a = 2)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A 4.56

4.41	CONDICIÓN DE CUIDADO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS	CUIDADORES DEL HOGAR	CUIDADOR PRINCIPAL	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) PRINCIPAL CON LA PERSONA CUIDADA	CONDICIÓN DE CUIDADO DE OTROS HOGARES	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) DE OTRO HOGAR CON LA PERSONA CUIDADA
CIRCULE A PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD (NO DECLARADOS ANTERIORMENTE)	<p>Ahora le preguntaré por el cuidado de personas de 60 años y más.</p> <p>4.42 La semana pasada a (NOMBRE) ¿alguien del hogar le cuidó, ayudó, acompañó, llevó o recogió, atendió, le hizo compañía u otorgó otro tipo de cuidados (toma de signos vitales)?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.44</p> <p>Hogar unipersonal... 3 → PASE A 4.45</p>	<p>4.43 La semana pasada a (NOMBRE), ¿qué personas de su hogar la(o) cuidaron o apoyaron?</p> <p align="center">REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA(S) PERSONA(S) INDICADAS</p>	<p>4.44 (Aunque en la semana pasada nadie del hogar la(o) cuidó), ¿quién es la cuidadora o cuidador principal de (NOMBRE) en el hogar?</p> <p align="center">REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DE LA PERSONA INDICADA</p> <p>No la (lo) cuidó nadie del hogar / Se cuida sola(o)..... 00 → PASE A 4.45</p>	<p>4.44a El (la) cuidador(a) principal ¿qué es de (NOMBRE)?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Cónyuge o pareja 01</p> <p>Nieta..... 02</p> <p>Nieto..... 03</p> <p>Hija..... 04</p> <p>Hijo..... 05</p> <p>Hermana 06</p> <p>Hermano 07</p> <p>Nuera 08</p> <p>Yerno..... 09</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE) 10</p>	<p>4.45 La semana pasada a (NOMBRE), ¿la(o) cuidó alguna persona de otro hogar?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1</p> <p>No 2 → PASE A 4.49</p>	<p>4.46 La persona de otro hogar, ¿qué parentesco tiene con (NOMBRE)?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Nieta.....01</p> <p>Nieto.....02</p> <p>Hija03</p> <p>Hijo04</p> <p>Hermana05</p> <p>Hermano06</p> <p>Nuera07</p> <p>Yerno08</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE)09</p> <p>Trabajador(a) doméstico(a)10</p> <p>Enfermera(o) o persona cuidadora ... 11</p>
		↓	→	→	→	→
	CÓDIGO	NÚMERO DE RENGLÓN	NÚMERO DE RENGLÓN	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
1	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
2	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
3	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
4	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
5	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
6	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _
7	_	_ _ _ _ _ _ _	_ _	_ _ _	_	_ _ _

CUIDADO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

N Ú M E R O D E R E N G L Ó N	CONDICIÓN DE PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	HORAS SIN CUIDADO	ASISTENCIA A CENTRO DE CUIDADO	HORAS DE ASISTENCIA A CENTRO DE CUIDADO	RAZONES DE ASISTENCIA A UNA RESIDENCIA DE DÍA
	4.47 ¿El cuidado o apoyo que le dio a (NOMBRE) fue a cambio de un pago? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí..... 1 No 2  <i>PASE A 4.49</i>	4.48 ¿Cuánto le(s) pagaron la semana pasada? <i>REGISTRE CON NÚMERO</i> \$98 000 o más98 000 No sabe99 999	4.49 ¿(NOMBRE) cuántas horas diarias se queda sola(o) en el hogar? <i>REGISTRE CON NÚMERO</i> No se queda sola(o).....00	4.50 ¿(NOMBRE) va a una residencia de día para personas adultas mayores (casa del abuelo) para que la(o) cuiden? <i>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</i> Sí.....1 No.....2  <i>PASE A 4.54</i>	4.51 ¿(NOMBRE) cuántas horas diarias permanece en la residencia de día (casa del abuelo)? <i>REGISTRE CON NÚMERO</i> No sabe 99	4.52 ¿Cuáles son las razones principales de llevar a (NOMBRE) a una residencia de día (casa del abuelo)? <i>REGISTRE HASTA TRES CÓDIGOS</i> Cercanía 1 Buen costo.....2 Para socializar3 No podía(n) cuidarla(o).....4 Que no se quedara sola(o)...5 Otra razón (ESPECIFIQUE)6 No sabe9
	→	→	→	→	→	→
	CÓDIGO	CANTIDAD	HORAS	CÓDIGO	HORAS	CÓDIGO
	1	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	2	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	3	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	4	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
6	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
7	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

CUIDADO DE PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

N Ú M E R O D E R E N G I O N	MENSUALIDAD DEL CENTRO DE CUIDADO	SUFICIENCIA DE CUIDADOS	REDES DE APOYO
		<p>4.53 ¿Cuánto pagan mensualmente en la residencia de día (casa del abuelo) para que cuiden a (NOMBRE)?</p> <p align="center">REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>Nada00 000 \$98 000 o más98 000 No sabe.....99 999</p>	<p>4.54 ¿Considera que (NOMBRE) necesita que le brinden más tiempo de cuidado u otro tipo de atención?</p> <p align="center">REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí 1 No 2 → <i>PASE A SIGUIENTE PERSONA O A 4.56</i></p>
	→	→	→
	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO
1	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7	\$ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CUIDADO DE PERSONAS ENFERMAS TEMPORALES SIN DISCAPACIDAD

NÚMERO DE REGISTRO	PARENTESCO DEL (LA) CUIDADOR(A) DE OTRO HOGAR CON LA PERSONA CUIDADA	CONDICIÓN DE PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	PAGO POR CUIDADO DE OTROS HOGARES	CAPACITACIÓN PARA DAR CUIDADOS	TIEMPO ESTIMADO DE RECUPERACIÓN	TIPO DE ENFERMEDAD
		4.62 La persona de otro hogar, ¿qué parentesco tiene con (NOMBRE)? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Madre01 Padre.....02 Abuela03 Abuelo04 Nieta05 Nieto06 Hija07 Hijo08 Otro (ESPECIFIQUE)..... 09 Trabajador(a) doméstico(a).....10 Enfermera(o) o persona cuidadora..... 11 <small>PASE A 4.65</small>	4.63 ¿El cuidado o apoyo que le dio a (NOMBRE) es a cambio de un pago? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí.....1 No2 <small>PASE A 4.65</small>	4.64 ¿Cuánto le(s) pagaron la semana pasada? <small>REGISTRE CON NÚMERO</small> \$98 000 o más 98 000 No sabe..... 99 999	4.65 La persona de otro hogar, ¿tiene o recibió algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados a (NOMBRE)? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Sí.....1 No2 No sabe..... 9	4.66 ¿En cuánto tiempo piensa que (NOMBRE) se recuperará de su enfermedad? <small>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</small> Menos de un mes.....1 De 1 mes a menos de 3 meses.....2 De 3 meses a menos de 6 meses.....3 6 meses o más4 Ya se recuperó5 No se recuperará...6 No sabe9 <small>PASE A SIGUIENTE PERSONA QUE NECESITA CUIDADO O A 4.68</small>
	→	→	→	→	→	
	CÓDIGO	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
1	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
2	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
3	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
4	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
5	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
6	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_
7	_ _ _	_	\$ _ _ _ , _ _ _ _	_	_	_

PARA PERSONAS DE 15 AÑOS Y MÁS

CUIDADO Y APOYO A OTROS HOGARES

Ahora le preguntaré por el cuidado y apoyo a otros hogares.

4.68 La semana pasada, ¿(NOMBRE) apoyó o cuidó a personas de otros hogares de manera gratuita? Incluya llevarles, recogerles, supervisarles, hacerles compañía u otro tipo de cuidados.

REGISTRE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2



CÓDIGO

NÚMERO DE REGLÓN	1	┌
	2	┌
	3	┌
	4	┌
	5	┌
	6	┌
	7	┌

SOLO PARA ENTREVISTADOR(A)

4.69 IDENTIFICACIÓN DE POBLACIÓN OBJETIVO DE 15 AÑOS Y MÁS

CIRCULE LOS CÓDIGOS QUE APLICAN A CADA PERSONA

CON CÓDIGO 1 A 8, APLIQUE ENTREVISTA INDIVIDUAL

1. OTORGA CUIDADOS A PERSONA CON DISCAPACIDAD [4.2 Y/O 4.3 = NÚMERO DE REGLÓN DE LA PERSONA]
2. OTORGA CUIDADOS A PERSONA DE 0 A 5 AÑOS [4.17 Y/O 4.18 = NÚMERO DE REGLÓN DE LA PERSONA]
3. OTORGA CUIDADOS A PERSONA DE 6 A 17 AÑOS [4.28 Y/O 4.29 = NÚMERO DE REGLÓN DE LA PERSONA]
4. OTORGA CUIDADOS A PERSONA DE 60 AÑOS Y MÁS [4.43 Y/O 4.44 = NÚMERO DE REGLÓN DE LA PERSONA]
5. OTORGA CUIDADOS A PERSONA ENFERMA TEMPORAL [4.59 Y/O 4.60 = NÚMERO DE REGLÓN DE LA PERSONA]
6. OTORGA CUIDADOS A OTROS HOGARES [4.68 = 1]
7. PERSONA ELEGIDA [3.17 = 1]
8. HOGAR UNIPERSONAL [SUMA DE REGISTROS EN EL HOGAR 3.2 = 1 Y LA PERSONA TIENE 15 AÑOS Y MÁS]

NA. NO APLICA (NO HAY POBLACIÓN OBJETIVO)



CON CÓDIGO 1 A 8, APLIQUE ENTREVISTA INDIVIDUAL

CÓDIGOS

1	2	3	4	5	6	7	8	NA	1
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	2
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	3
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	4
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	5
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	6
1	2	3	4	5	6	7	8	NA	7

NÚMERO DE REGLÓN

HORA DE TÉRMINO [] [] : [] []

PRIMERA PERSONA

SECCIÓN 5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LABORALES

PARA PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nombre de la persona _____ Número de renglón [] [] Edad [] []

A continuación le haré unas preguntas que están dirigidas a usted y otras de su situación laboral.

CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA

5.1 ¿Usted habla algún dialecto o lengua indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

ESTADO CONYUGAL

5.2 ¿Actualmente usted...

LEA HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

vive con su pareja en unión libre? 1

está separada(o)? 2

está divorciada(o)? 3 } PASE A 5.4

es viuda(o)? 4 }

está casada(o)? 5

está soltera(o)? 6 → PASE A 5.4

IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE

5.3 ¿Su cónyuge o pareja forma parte de este hogar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

↓

5.3a ¿Quién es su pareja o cónyuge?

REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL CÓNYUGE O PAREJA

[] []

No 2

AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.4 Por sus costumbres y tradiciones, ¿usted se considera indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 } PASE A 5.6

No sabe 9 }

RAZÓN DE AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.5 ¿Se considera indígena principalmente...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

porque habla lengua indígena? 1

porque nació o pertenece a una comunidad indígena? 2

porque su madre, padre o abuela(o) hablan o hablaban lengua indígena? 3

por sus rasgos físicos (tono de piel, facciones)? 4

por ser mexicana(o)? 5

Otro _____ 6

ESPECIFIQUE

Ahora le preguntaré por su situación laboral.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

5.6 ¿La semana pasada usted...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

trabajó por lo menos una hora? 1 } PASE A 5.9
 tenía trabajo, pero no trabajó? 2 }
 buscó trabajo? 3 }
 ¿Es pensionada(o) o jubilada(o)? 4 }
 ¿Es estudiante? 5 } PASE A 5.8
 ¿Se dedica a los quehaceres del hogar o a cuidar a sus hijas e hijos? 6 }
 ¿Tiene una limitación física o mental permanente que le impide trabajar? 7 → PASE A FILTRO 4
 Estaba en otra situación diferente a las anteriores 8 → PASE A 5.8

TIEMPO DE BÚSQUEDA

5.7 En total, ¿cuánto tiempo lleva buscando trabajo (haciendo preparativos para poner un negocio)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Hasta un mes 1
 Más de 1 hasta 3 meses 2
 Más de 3 hasta 6 meses 3
 Más de 6 hasta 9 meses 4
 Más de 9 meses a un año 5
 Más de un año 6

VERIFICACIÓN DE ACTIVIDAD

5.8 Aunque ya me dijo que usted (CONDICIÓN DE 5.6), ¿la semana pasada...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

ayudó en un negocio (familiar o no familiar)? 1
 vendió algún producto? 2
 hizo algún producto para vender? 3
 ayudó en las labores del campo o en la cría de animales? 4
 a cambio de un pago realizó otro tipo de actividad (por ejemplo: lavó o planchó ajeno, cuidó niñas y niños)? 5
 estuvo de aprendiz o haciendo su servicio social? 6
 ¿No ayudó ni trabajó? 7 ↓ PASE A FILTRO 3

POSICIÓN EN LA OCUPACIÓN

5.9 En ese trabajo, ¿usted fue...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

empleada(o) u obrera(o)? 1
 jornalera(o) o peón(a)? 2
 ayudante con pago? 3
 trabajador(a) por su cuenta (no tiene trabajadores por un sueldo)? 4 } PASE A 5.11
 patrón(a) o empleador(a) (tiene trabajadores por un sueldo)? 5 }
 trabajador(a) sin pago? 6 → PASE A 5.12

PRESTACIONES LABORALES

5.10 En este trabajo, ¿le dan, aunque no utilice, ...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2
 No sabe 9

1 licencia o incapacidad con goce de sueldo?

2 vacaciones con goce de sueldo?

3 fondo de retiro (SAR o AFORE)?

4 guardería o estancia infantil?

5 licencia para cuidados maternos o paternos?

6 servicio médico (IMSS, ISSSTE u otro)?

INGRESOS POR TRABAJO

Le voy a pasar otra vez el dispositivo para que responda la siguiente pregunta de ingresos; recuerde que solo usted sabrá lo que registre. Si tiene alguna duda con toda confianza me puede preguntar.

ENTREVISTADOR(A): ENTREGUE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLIQUE EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO A LA PERSONA ENTREVISTADA PARA QUE PUEDA REGISTRAR SU RESPUESTA.

5.11 ¿Cuánto gana o recibe usted por trabajar (su actividad)?

REGISTRE CON NÚMERO

No recibe ingresos 00 000
 \$98,000 y más 98 000
 No responde 99 888

\$

CANTIDAD

INFORMANTE: REGISTRE LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE

5.11a ¿Cada cuándo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

A la semana 1
 A la quincena 2
 Al mes 3
 Al año 4

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR O ENTREVISTADORA.

PRIMERA PERSONA

JORNADA DE TRABAJO

5.12 ¿Su jornada de trabajo es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1

de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2

mixto? 3

rola turnos? 4

No tiene horario o su horario no es fijo 5

} PASE
A 5.13

HORARIO LABORAL

5.12a Entonces, ¿su horario es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

por la mañana? 1

por la tarde? 2

por la mañana y por la tarde? 3

HORAS TRABAJADAS

5.13 ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada?

REGISTRE CON NÚMERO

--	--

 HORAS

TIEMPO DE TRASLADO AL TRABAJO

5.14 Considerando ida y vuelta, ¿cuánto tiempo hace regularmente de su casa a su lugar de trabajo o actividad?

REGISTRE CON NÚMERO

Trabaja en casa (Home Office) 00 00 → PASE A 5.17

--	--	--	--

 HORAS : MINUTOS

GASTO EN TRANSPORTE

5.15 Regularmente, ¿cuánto gasta a la semana en transporte para ir a su lugar de trabajo o actividad? Incluya ida y vuelta.

REGISTRE CON NÚMERO

Nada 00 000

\$

--	--	--	--

 CANTIDAD

MODO DE TRANSPORTE

5.16 ¿Qué medios de transporte utiliza regularmente para ir y regresar de su trabajo o actividad?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Caminando 01

Bicicleta propia 02

Bicicleta de transporte público..... 03

Metro, tren ligero, tren suburbano 04

Trolebús 05

Metrobús (autobús en carril confinado) 06

Camión, autobús, combi, colectivo 07

Transporte de personal..... 08

Taxi (sitio, calle, otro) 09

Taxi (App internet)..... 10

Motocicleta o motoneta..... 11

Automóvil o camioneta 12

Otro 13

CONDICIÓN DE CAMBIO DE TRABAJO

5.17 ¿A usted le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 5.19

No 2

RAZONES PARA NO CAMBIARSE DE TRABAJO

5.18 ¿Por qué no le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Buen horario (sale temprano, su horario es flexible, se adapta a sus necesidades) 01

Le pagan bien/gana lo suficiente 02

Tiene prestaciones (servicio médico, aguinaldo, guardería, etcétera) 03

Le queda cerca 04

Le gusta lo que hace 05

Hay buen ambiente de trabajo 06

Flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07

Su jefa(e) es flexible o se lleva bien 08

Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09

Otra _____ 10

ESPECIFIQUE

PASE A 5.20

RAZONES PARA CAMBIARSE DE TRABAJO

5.19 ¿Por qué le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

No le gusta el horario/ jornada muy larga 01

No le pagan bien/ gana poco 02

No tiene prestaciones 03

Le queda muy lejos 04

No le gusta lo que hace 05

Hay mal ambiente de trabajo 06

Tener flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07

No se lleva bien con su jefa(e) o es inflexible 08

Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09

Otra _____ 10

ESPECIFIQUE

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

5.20 ¿Está satisfecha(o) en su trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

CAMBIAR DE HORARIO

5.21 Manteniendo el número de horas que usted trabaja a la semana y lo que gana, ¿le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → *PASE A FILTRO 1*

RAZONES PARA CAMBIAR HORARIO

5.22 ¿Por qué le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Para dedicar más tiempo a su hogar 1

Para dedicar más tiempo al cuidado de sus hijas(os) 2

Para cuidar a sus padres u otros familiares enfermos o adultos mayores (diferentes a sus hijas(os)) 3

Para estudiar o aprender otras cosas 4

Para dedicar tiempo a su persona 5

Otra razón _____ 6

ESPECIFIQUE

JORNADA PREDILECTA

5.23 La jornada que le gustaría para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.) 1

de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2

mixto? 3

rolar turnos? 4

Sin horario fijo 5

PASE A FILTRO 1

HORARIO LABORAL

5.23a Entonces, ¿el horario que le gustaría es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

por la mañana? 1

por la tarde? 2

por la mañana y por la tarde? 3

PRIMERA PERSONA

FILTRO 1: ¿TRABAJÓ MENOS DE 35 HORAS LA SEMANA PASADA? (5.13 < 35)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 2

INCREMENTO DE JORNADA LABORAL

5.24 ¿Considera que le queda tiempo a la semana para laborar más horas de las que actualmente trabaja?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí1 → PASE A 5.26

Sí, pero no le interesa trabajar más horas2

No3 → PASE A FILTRO 2

RAZÓN PRINCIPAL PARA NO INCREMENTAR SU JORNADA

5.25 ¿Cuál es la razón principal por la que no trabajaría más tiempo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Con lo que gana es suficiente.....	01	}	PASE A FILTRO 2
El trabajo que realiza es intenso, peligroso o agotador.....	02		
No cuenta con instrucción, experiencia o papeles para un empleo de tiempo completo.....	03		
No hay trabajo en su localidad.....	04		
Los trabajos que hay no le interesan.....	05		
La actividad o el negocio no da para trabajar más horas.....	06		
Inseguridad pública.....	07		
Labores domésticas en su propio hogar.....	08		
Cuidado de personas de su familia.....	09		
No lo aprobaría un familiar.....	10		
Enfermedad, salud o discapacidad.....	11		
Edad.....	12		
Retiro o jubilación.....	13		
Estudia.....	14		
Realiza alguna actividad voluntaria en beneficio de la comunidad, congregación o medio ambiente.....	15		
Valora el tiempo dedicado a su familia, recreación o vida privada.....	16		
Otra razón de condiciones de trabajo o mercado laboral.....	17		
Otra razón personal o familiar.....	18		

TIEMPO PARA INICIAR JORNADA EXTENDIDA

5.26 ¿A partir de cuándo podría comenzar a trabajar más horas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Inmediatamente, esta semana.....1

La próxima semana.....2

En 2 semanas.....3

Más de 2 semanas hasta 1 mes.....4

Más de 1 mes hasta 3 meses.....5

Más de 3 meses.....6

Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales.....7

No sabe.....9

DETERMINACIÓN PREVIA DE AUMENTO DE JORNADA

5.27 ¿Ya había pensado en trabajar más horas antes de esta entrevista?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No.....2

Titubea, no da una respuesta clara.....3

FILTRO 2: ¿ES TRABAJADOR(A) SUBORDINADO(A) (5.9 = 1, 2, 3 o 6)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 5

FLEXIBILIDAD EN EL TRABAJO

5.28 En su lugar de trabajo, ¿le permiten...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No.....2
- No aplica.....8

1 tomarse los días festivos?

2 tomar sus vacaciones con goce de sueldo?

CON CÓDIGO 2 PREGUNTE

2a tomar sus vacaciones sin goce de sueldo?.....

3 tener a sus hijas o hijos en su lugar de trabajo?

4 ausentarse de su lugar de trabajo o tener horario especial para estudiar o capacitarse?

5 ausentarse del lugar de trabajo para cuidar a sus hijas, hijos o familiares enfermos (excluye licencias)?

6 ausentarse unas horas para hacer algún trámite (excluye por cuidados)?

7 tener tiempo de lactancia materna (llegar tarde o salir temprano por tener lactancia, ir a la guardería a amamantar a su bebé)?

PASE A FILTRO 5

POBLACIÓN NO OCUPADA (BUSCADORAS Y POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA)

FILTRO 3: ¿LA PERSONA BUSCÓ TRABAJO Y NO TRABAJA ACTUALMENTE (5.6 = 3 Y 5.8 = 7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí.....1 → PASE A 5.33
- No2 → CONTINÚE

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ES POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA (5.6 = (4, 5, 6, 8) Y 5.8 = 7 O 5.6=7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí.....1 → CONTINÚE
- No2 → PASE A FILTRO 5

INTERÉS EN TRABAJAR

5.29 Actualmente, ¿usted desea trabajar para obtener un ingreso?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
 - No 2
 - Manifiesta que no puede 3
- } PASE A 5.32

PRIMERA PERSONA

RAZONES PARA NO BUSCAR TRABAJO

5.30 Si tiene interés en trabajar, ¿cuál es la razón principal por la que no trabaja o no ha buscado trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Está esperando la respuesta a una solicitud o está apalabrado con un patrón que lo llamará en fecha próxima01
- No hay trabajo en su especialidad, oficio o profesión02
- No cuenta con la escolaridad, los papeles o la experiencia necesaria para realizar un trabajo 03
- Piensa que por su edad o por su aspecto no lo aceptarían en un trabajo04
- En su localidad no hay trabajo o solo se realiza en ciertas temporadas del año05
- La inseguridad pública o el exceso de trámites lo desalientan a iniciar una actividad06
- Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....07
- Está embarazada.....08
- No tiene quién le cuide a sus hijas(os), personas adultas mayores o personas enfermas09
- No la(o) deja un familiar.....10
- Otras razones de mercado11
- Otras razones personales.....12

TIEMPO PARA COMENZAR A TRABAJAR

5.31 ¿A partir de qué momento estaría disponible para trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Inmediatamente, esta semana..... 1
 - La próxima semana2
 - En 2 semanas3
 - Más de 2 semanas hasta 1 mes.....4
 - Más de 1 mes hasta 3 meses5
 - Más de 3 meses.....6
 - Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales ...7
 - No sabe.....9
- } PASE A 5.33

RAZONES POR LAS QUE NO DESEA TRABAJAR

5.32 ¿Por qué no desea (no puede) trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Falta de instrucción, experiencia o papeles..... 1
 - No le dejarían o no le darían permiso.....2
 - No le interesan los trabajos que hay3
 - Condiciones físicas o de salud4
 - No quiere trabajar más5
 - En este momento de su vida, tener un trabajo no es su objetivo6
 - No tiene quién le cuide a sus hijas e hijos, personas adultas mayores o enfermas(os)7
 - Otra.....8
- ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE HABER TRABAJADO

5.33 ¿Ha trabajado alguna vez en su vida?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 5
- No..... 2

RAZÓN POR LA QUE NUNCA HA TRABAJADO

5.34 ¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- No cuenta con la experiencia, capacitación o escolaridad requerida/ está estudiando1
 - Nunca lo ha necesitado o no ha querido2
 - Siempre se ha dedicado a los quehaceres del hogar.....3
 - Porque tiene que cuidar a sus hijas, hijos y otros familiares4
 - Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....5
 - Su pareja no la(o) deja o prefiere que se quede en casa.....6
 - Falta de oportunidades de trabajo7
 - Ofrecen sueldos muy bajos8
 - Otra razón9
- ESPECIFIQUE

CONDICIONES SOLICITADAS PARA INCORPORARSE AL MERCADO LABORAL

REQUISITOS SOLICITADOS PARA ACEPTAR UN TRABAJO

5.35 ¿Qué condiciones laborales debe ofrecerle un trabajo para que usted decida trabajar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Medio tiempo..... 1
- Cercanía del hogar..... 2
- Buen ingreso..... 3
- Guardería para cuidar a sus hijas e hijos o algún familiar enfermo, adulta mayor o con discapacidad 4
- Servicio médico..... 5
- Flexibilidad en el trabajo para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela 6
- Otras condiciones _____ 7
ESPECIFIQUE
- No le interesa, no quiere trabajar o está a gusto sin trabajar 8 → PASE A FILTRO 5

DURACIÓN DE LA JORNADA LABORAL

5.36 ¿La jornada de trabajo diaria que aceptaría es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- menos de 8 horas diarias (menos de 40 horas a la semana)? 1
- 8 horas diarias (40 horas a la semana)? 2
- más de 8 horas diarias? 3

DÍAS DE TRABAJO QUE ACEPTARÍA

5.37 ¿Usted podría trabajar...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de lunes a viernes? 1
- solo los fines de semana? 2
- solo unos días entre semana? 3
- unos días entre semana y otro en fin de semana? 4

JORNADA LABORAL REQUERIDA

5.38 La jornada que le conviene para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1
 - de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2
 - mixto? 3
 - rolar turnos? 4
 - Sin horario fijo 5
- } PASE A FILTRO 5

HORARIO LABORAL

5.38a Entonces, ¿el horario de trabajo que le conviene es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- por la mañana? 1
- por la tarde? 2
- por la mañana y por la tarde? 3

FILTRO 5: ¿ES HOGAR UNIPERSONAL (4.69= 8)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → FILTRO 6
- No 2 → PASE A SECCIÓN 6

FILTRO 6: ¿CUIDA A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 9 DE SECCIÓN 6
- No 2 → PASE A FILTRO 11 DE SECCIÓN 6

SECCIÓN 6. ACTIVIDADES DE CUIDADOS E IMPACTOS EN LAS PERSONAS CUIDADORAS

A continuación le preguntaré por los cuidados que se otorgan a las y los integrantes de su hogar.

(ATENCIÓN ENTREVISTADOR(A): SI ESTÁ CON UNA PERSONA DIFERENTE DE LA QUE RESPONDIÓ LA SECCIÓN 4, ENTREGUE TARJETA 2 Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DEL MANUAL).

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD

FILTRO 1: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD?
(4.69 = 1 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 2

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.1 (NOMBRE(S)) necesita(n) cuidados por las dificultades que tiene(n) para realizar distintas actividades de la vida diaria. La semana pasada, ¿usted le(s) dio de comer, baño, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A FILTRO 2

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.2 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 01 le dio de comer o ayudó a hacerlo?
- 02 la(o) ayudó a vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?
- 03 le cambió pañales o ayudó a hacerlo?
- 04 la(o) ayudó o apoyó a bañarse, asearse, peinarse o a ir al baño?
- 05 la(o) ayudó a subir o bajar escaleras?
- 06 la(o) ayudó a desplazarse por la casa?
- 07 la(o) acompañó a salir o caminar por la calle?
- 08 la(o) ayudó a acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?
- 09 la(o) llevó al médico o a consultas médicas?
- 10 le dio sus medicamentos, inyectó o revisó signos vitales?
- 11 le hizo curaciones o realizó vendajes?
- 12 le dio alguna terapia especial o física?
- 13 le aplicó algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?
- 14 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 15 Otra

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.3 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A 6.5

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.4 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?
- 2 personal de la institución u hospital privado?
- 3 Otro

ESPECIFIQUE

MEDIO PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.5 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Automóvil propio 1

Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida 2

Taxi, Uber u otro taxi de aplicación 3

Camión, colectivo, o pesero 4

Motocicleta 5

Caminando 6

Otro 7
ESPECIFIQUE

No realiza esta actividad 8

TIEMPO QUE LLEVA BRINDANDO CUIDADOS

6.6 ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

No sabe 99 99

_____ | _____
AÑOS MESES

HORAS DE APOYO

6.7 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

_____ | _____
HORAS

PAGO POR CUIDADO

6.8 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

6.8a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más 9 000

No responde 9 888

\$ _____, _____

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.9 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

1 tiene dificultad para ayudarle porque a usted le falta fuerza física?

2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor?

3 cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría capacitación especializada?

4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados?

EFEECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL CUIDADOR(A)

El cuidar a una persona puede afectar de diferentes maneras a la persona cuidadora, lo cual es completamente normal. En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.10 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

1 su relación con los integrantes de su hogar?

2 su relación con los demás miembros de su familia (ajenos a su hogar)?

3 su convivencia con amistades?

4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera?

5 su tiempo libre?

6 la convivencia con su pareja?

7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo?

8 encontrar una pareja afectiva o casarse?

PRIMERA PERSONA

EFFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.11 ¿Por el cuidado que usted otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

- 1 se ha deteriorado su salud física?.....
- 2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión?.....
- 3 se siente cansada(o)?.....
- 4 se siente deprimida(o)?.....
- 5 se siente irritada(o)?.....
- 6 ha disminuido su tiempo de sueño?.....
- 7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello?.....

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.12 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

- 1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa?.....
- 2 ha tenido que dejar de trabajar?.....
- 3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)?.....
- 4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional?.....
- 5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales?.....

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 2: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD? (4.69 = 2 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE

No..... 2 → PASE A FILTRO 3

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.13 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, baño, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1

No..... 2 → PASE A FILTRO 3

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.14 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

- 01 le dio de comer?.....
- 02 la(o) baño, aseó, vistió o arregló?.....
- 03 la(o) cargó o acostó?.....
- 04 la(o) llevó o recogió de la guardería, kinder o escuela?.....
- 05 le dio alguna terapia especial o física?.....
- 06 la(o) ayudó a hacer tareas escolares?.....
- 07 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?.....
- 08 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?.....
- 09 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?.....
- 10 Otra.....

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 3: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD ?
(4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
No2 → PASE A FILTRO 6

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 11 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 4: ¿CUIDÓ A MENORES DE 6 A 11 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGÚN NIÑA O NIÑO DE 6 A 11 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
No2 → PASE A FILTRO 5

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.15 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1
No2 → PASE A FILTRO 5

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.16 Ahora le preguntaré por el cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
No2

- 1 le dio de comer?
- 2 la(o) ayudó a bañarse, asearse, vestirse o arreglarse?
- 3 la(o) llevó o recogió de la escuela?
- 4 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?
- 5 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?
- 6 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 7 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 8 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?
- 9 Otra _____

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 12 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 5: ¿CUIDÓ MENORES DE 12 A 17 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGUNA PERSONA DE 12 A 17 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
No2 → PASE A FILTRO 6

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 12 A 17 AÑOS

6.17 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1
No2 → PASE A FILTRO 6

PRIMERA PERSONA

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 12 A 17 AÑOS

6.18 Ahora me referiré al cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la escuela?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?
- 3 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?
- 4 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 5 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 6 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?
- 7 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 6: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD? (4.69= 4 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 7

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.19 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, le(s) dio algún medicamento, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
No 2 → PASE A FILTRO 7

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.20 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la casa de día, clases, trabajo o para hacer algún trámite?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o a realizar los ejercicios?
- 3 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 4 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 5 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR QUE ESTÁN ENFERMAS, LESIONADAS O TUVIERON UN ACCIDENTE

FILTRO 7: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR ENFERMA, LESIONADA O QUE TUVO UN ACCIDENTE? (4.69 = 5 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 8

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.21 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) por su enfermedad, lesión o accidente?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
No 2 → PASE A FILTRO 8

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.22 ¿Usted la(o) ayudó o apoyó a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 01 comer?
- 02 vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?.....
- 03 cambiar pañales?
- 04 bañarse, asearse, peinarse o ir al baño?.....
- 05 subir o bajar escaleras?
- 06 desplazarse por la casa?.....
- 07 salir o caminar por la calle?.....
- 08 acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?.....
- 09 llevarla(o) al médico o a consultas médicas?
- 10 tomar medicamentos, inyectarla(o), revisar signos vitales?
- 11 hacer curaciones, realizar vendajes?
- 12 aplicarle algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?.....
- 13 darle alguna terapia física?.....
- 14 ¿Le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?.....
- 15 Otra _____

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.23 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No.....2 → PASE A FILTRO 8

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.24 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?.....
- 2 personal de una institución u hospital privado?.....
- 3 Otro _____

ESPECIFIQUE

FILTRO 8: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDA O APOYA A PERSONAS DE SU HOGAR DE 0 A 17 AÑOS, 60 AÑOS Y MÁS O PERSONAS ENFERMAS TEMPORALES? (6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No.....2 → PASE A FILTRO 9

PRIMERA PERSONA

MEDIOS PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.25 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Automóvil propio1
- Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida2
- Taxi, Uber u otro taxi de aplicación3
- Camión colectivo, pesero4
- Motocicleta5
- Caminando6
- Otro7
- No realiza esta actividad8

ESPECIFIQUE

HORAS DE APOYO

6.26 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

PAGO POR CUIDADO

6.27 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1



6.27a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más9 000

No responde9 888

\$ _____, _____

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.28 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 tiene dificultad para ayudarle porque a usted le falta fuerza física?
- 2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor?
- 3 cree que para llevar a cabo los cuidados que realiza necesitaría capacitación especializada?
- 4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados?

EFFECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL (LA) CUIDADOR(A)

En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.29 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 su relación con los integrantes de su hogar?
- 2 su relación con los demás miembros de su familia?
- 3 su convivencia con amistades?
- 4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera?
- 5 su tiempo libre?
- 6 la convivencia con su pareja?
- 7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo?
- 8 encontrar una pareja afectiva o casarse?

EFFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.30 ¿Por el cuidado que usted les otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 se ha deteriorado su salud física?
- 2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión?
- 3 se siente cansada(o)?
- 4 se siente deprimida(o)?
- 5 se siente irritada(o)?
- 6 ha disminuido su tiempo de sueño?
- 7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello?

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.31 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa?
- 2 ha tenido que dejar de trabajar?
- 3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)?
- 4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional?
- 5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales?

APOYO A PERSONAS DE OTROS HOGARES

FILTRO 9: ¿LA (EL) INFORMANTE BRINDA CUIDADO A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 10

Ahora le voy a preguntar si realiza actividades para otros hogares.

APOYO Y CUIDADO A PERSONAS DE OTROS HOGARES	HORAS DE APOYO	PAGO O APOYO POR CUIDADO		PARENTESCO CON LAS PERSONAS DE OTROS HOGARES	CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO	
<p>6.32 Durante la semana pasada, ¿usted...</p> <p>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</p> <p>CON CÓDIGO 1, PREGUNTE DE 6.33 A 6.37, SEGÚN CORRESPONDA</p> <p>Sí.....1 →</p> <p>No.....2 ↓</p>	<p>6.33 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado o apoyo de estas personas?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>98 o más..... 98</p>	<p>6.34 Aunque ya me dijo que lo hizo de manera gratuita, ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar, familia o del hogar al que apoya?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↴</p> <p>6.34a ¿Con cuánto la (lo) apoyan al mes?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>\$9 000 o más 9 000</p> <p>No responde..... 9 888</p> <p>No..... 2</p>		<p>6.35 ¿Qué son de usted las personas de otros hogares a las que cuidó o apoyó?</p> <p>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE LAS DOS PRIMERAS PERSONAS INDICADAS</p> <p>Madre01</p> <p>Padre02</p> <p>Suegra03</p> <p>Suegro04</p> <p>Hija05</p> <p>Hijo06</p> <p>Nieta07</p> <p>Nieto08</p> <p>Hermana.....09</p> <p>Hermano.....10</p> <p>Sobrina11</p> <p>Sobrino12</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....13</p>	<p>6.36 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar estos cuidados?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↴</p> <p>6.37 ¿A usted la (lo) capacitó o entrenó...</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>personal del IMSS, ISSSTE o DIF?1</p> <p>personal de una institución u hospital privado?2</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....3</p> <p>No2</p>	
	→	6.34	→ 6.34a	→	→	6.36 6.37
	HORAS	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
<p>1 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado y/o atención de personas enfermas o con discapacidad? (llevarlas y/o recogerlas al médico, darles medicamentos, prepararles alimentos especiales o darles de comer, hacerles compañía, ayudar a bañarlas o asearlas).....</p>	_ _	_	\$ _ , _ _ _	_ _ _ _	_	_
<p>2 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de niñas o niños menores de hasta 17 años? (asearlos, hacerles compañía, darles de comer, jugar, platicar, llevarlos o recogerlos de la escuela).....</p>	_ _	_	\$ _ , _ _ _	_ _ _ _	_	_
<p>3 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de personas de 60 años y más? (hacerles compañía, darles de comer, platicar, llevarlos y recogerlos a algún lugar).....</p>	_ _	_	\$ _ , _ _ _	_ _ _ _	_	_

PRIMERA PERSONA

PARA TODOS LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR

FILTRO 10: ¿LA (EL) INFORMANTE ES CUIDADOR(A) DE PERSONAS DE SU HOGAR Y/O DE OTROS HOGARES?
(6.1 = 1 Y/O 6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1 Y/O (6.32 = ALGÚN CÓDIGO 1 EN OPCIONES 1 A 3)).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 11

MOTIVO POR EL QUE ES CUIDADOR(A)

6.38 A las personas que declaró cuidar, ¿usted las cuida por...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

obligación? 1

decisión familiar? 2

ser la (el) única(o) que podía? 3

petición de quien necesita el cuidado? 4

iniciativa propia? 5

SATISFACCIÓN CON ACTIVIDADES DE CUIDADO Y TIEMPO LIBRE

6.39 Derivado de los cuidados que usted otorga, ¿está satisfecha(o) con...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No 2

1 su tiempo libre?

2 el tiempo de cuidado que dedica a las personas de su hogar?

3 la ayuda o apoyo que recibe para realizar los cuidados?

} PASE A 6.42

FILTRO 11: ¿ES PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL (4.69 = 7 Y/O 8 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → TERMINE LA ENTREVISTA

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.40 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para brindar cuidados?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.42

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.41 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?

2 personal de una institución u hospital privado?

3 Otro _____

ESPECIFIQUE

PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONAS ELEGIDAS Y/O HOGARES UNIPERSONALES

BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.42 De octubre de 2021 a la fecha, ¿usted ha buscado directamente alguna guardería, casa del abuelo o asilo para llevar a alguna de las o los integrantes de su hogar o de otros hogares?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.45

COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO POR EL MERCADO

6.43 Las características y servicios ofrecidos por este tipo de lugares, ¿cumplieron con lo que buscaba?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 6.46

No 2

RAZONES DE NO SATISFACCIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.44 ¿Cuáles son las razones por las que no cumplieron sus necesidades?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Costo elevado 01

Personal no capacitado 02

Lejanía del centro de cuidado 03

Instalaciones o herramientas inadecuadas 04

No cuentan con servicio de traslados 05

Tienen lista de espera (cupó insuficiente) 06

No tienen flexibilidad de horarios 07

Carecen de servicio de alimentos o no cuidan la dieta 08

No aceptan personas con movilidad limitada 09

No otorgan cuidados especializados (tratamientos, terapias, etcétera) 10

Otra razón 11

ESPECIFIQUE

PASE A 6.46

RAZONES DE NO BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.45 ¿Por qué no ha buscado este tipo de servicios o lugares (guardería, casa del abuelo, asilo, o algún lugar donde otorguen cuidados o realicen actividades o talleres)?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

El propio hogar cuida de las personas que lo necesitan 01

Porque en el cuidado apoyan otros hogares, familiares o personas conocidas 02

Son caros 03

Le preocupa el qué dirá su familia, amistades o la comunidad 04

Desconocimiento de que existen estos lugares 05

Incomodidad o desconfianza de que alguien ajeno lo cuide 06

Lejanía del centro de cuidado 07

Maltratos por parte del personal de los centros de cuidado 08

No ha tenido necesidad (no hay personas en su hogar que requieran cuidados) 09

Otra razón 10

ESPECIFIQUE

LUGAR PARA BRINDAR SERVICIOS DE CUIDADO

6.46 Si usted tuviera que contratar un servicio para cuidar a un familiar o para que a usted le cuidaran, ¿preferiría que este se realizara...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

en su casa? 1

en un centro o institución pública? 2

en un centro o institución privada? 3

en casa de algún familiar, amistad o persona conocida? 4

¿No contrataría este tipo de servicio? 5

DISPONIBILIDAD PARA SER CUIDADOR

6.47 Si a usted le pagaran, ¿le gustaría ser cuidador(a) profesional de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A SECCIÓN 7

DISPONIBILIDAD PARA CAPACITARSE

6.48 ¿Usted estaría dispuesta(o) a capacitarse para ser cuidador(a) de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

SECCIÓN 7. PERCEPCIÓN CULTURAL DE LOS CUIDADOS

Ahora le haré algunas preguntas sobre lo que piensa acerca de la responsabilidad de los cuidados de niñas, niños y personas adultas mayores.

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS HIJOS

7.1 Cuando las hijas y los hijos son pequeños, están enfermos o no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo la mamá? 1
- solo el papá? 2
- la mamá y el papá? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

CUIDADO DE NIÑOS EN GUARDERÍAS

7.2 Usted, ¿cree que se debe llevar a las niñas y niños chiquitos a educación inicial, guardería o estancia infantil?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1 → PASE A 7.4
- No 2

RAZÓN PARA NO LLEVAR A LOS NIÑOS A LAS GUARDERÍAS

7.3 ¿Cuál es la razón principal por la que no llevaría a las niñas y niños chiquitos a la educación inicial, guardería o estancia infantil para que les cuiden?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las niñas y los niños 1
 - Son muy caros 2
 - Cree que el cuidado es responsabilidad de la madre, padre o la familia 3
 - No tienen personal capacitado para cuidarlos(os) 4
 - No tiene necesidad o la madre, padre o familia le cuida 5
 - Otra razón 6
ESPECIFIQUE
- } PASE A 7.5

REQUISITOS BUSCADOS EN LA GUARDERÍA

7.4 (ENTREGUE TARJETA 3) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta. En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener los centros de educación inicial, guarderías o estancias infantiles?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (maestra(o), enfermera(o) o pediatra) 01
- Instalaciones adecuadas y seguras 02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal 03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros) 04
- Limpieza del lugar 05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada 06
- Horarios acordes a sus necesidades 07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo 08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o) 09
- Precio accesible 10
- Clases de calidad/ fortalecimiento de habilidades 11
- Otra 12
ESPECIFIQUE
- No sabe 99

PREFERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADOS ESCOLARES

7.5 Pensando en las escuelas de preescolar o primaria para sus hijas, hijos o algún otro familiar, ¿usted pediría que tuvieran...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- 1 horario extendido?
- 2 servicio de desayuno?
- 3 servicio de comida caliente?
- 4 servicio de transporte?
- 5 club de tareas?

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS PADRES

7.6 Cuando los padres son personas adultas mayores y no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo las hijas (mujeres)? 1
- solo los hijos (hombres)? 2
- las hijas y los hijos (mujeres y hombres)? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Las personas adultas mayores necesitan ayuda en su vida cotidiana, como cuidados personales (bañarse, vestirse, moverse, etcétera), que les hagan las compras, les preparen comida, entre otros cuidados.

7.7 ¿Usted cree que este apoyo deben brindarlo principalmente...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- las instituciones de gobierno (residencias o casas de día, casa del abuelo)? 1
- las organizaciones religiosas, civiles o de beneficencia? 2
- personas cuidadoras contratadas? 3
- los miembros de la familia? 4
- ¿Otro? 5

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN PARA LLEVAR A UNA PERSONA A UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.8 Respecto al cuidado de las personas adultas mayores, hay residencias o casas de día donde les otorgan cuidados por unas horas o de tiempo completo, ¿usted está de acuerdo en que se les lleve...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- para que les cuiden solo unas horas del día? 1
- para que las cuiden durante todo el día? 2
- para que les cuiden de tiempo completo (día y noche)? 3
- ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en llevarlas)? 4
- No sabe..... 9

PASE A 7.10

REQUISITOS BUSCADOS EN LA RESIDENCIA

7.9 (ENTREGUE TARJETA 4) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta.

En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener las residencias o casas de día para personas adultas mayores?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (geriatra, enfermera(o), cuidador(a) capacitado(a)).....01
- Instalaciones adecuadas y seguras02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros).....04
- Limpieza del lugar05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada06
- Horarios acordes a sus necesidades07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o).....09
- Precio accesible10
- Actividades recreativas y fortalecimiento de habilidades11
- Otra12
- No sabe99

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA PARA QUE LE CUIDEN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.10 Respecto a este tipo de lugares, ahora piense en usted (cuando llegue a ser una persona adulta mayor). Si necesitara que alguien la(o) cuidara, ¿estaría de acuerdo en que la(o) llevaran a que le cuiden...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo unas horas del día? 1
- durante todo el día? 2
- de tiempo completo (día y noche)? 3
- ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en que le lleven)? 4
- No sabe..... 9

PASE A 7.12

→ PASE A 7.12

RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LE GUSTA(RÍA) QUE LA(O) CUIDARAN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.11 ¿Cuál es la razón principal por la que no le gustaría que la(o) cuidaran en una residencia de personas adultas mayores?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las personas 1
- Son muy caros 2
- Cree que el cuidado es responsabilidad de las hijas e hijos o la familia..... 3
- No tienen las instalaciones adecuadas 4
- No tiene personal capacitado 5
- Otra razón 6
- No sabe 9

ESPECIFIQUE

PRIMERA PERSONA

RESPONSABILIDADES Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO

7.12 Le voy a leer unas frases. Usted me responderá si está de acuerdo o en desacuerdo.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- De acuerdo (Si).....1
- Desacuerdo (No).....2
- No responde8
- No sabe9

- 1 Cuidar a las personas del hogar es solo su responsabilidad.....
- 2 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad de la mujer
- 3 Cuidar a las personas del hogar es responsabilidad de usted y demás integrantes de su hogar
- 4 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad del hombre
- 5 Le gusta cuidar a las personas del hogar.....
- 6 El cuidado de las y los integrantes del hogar es responsabilidad tanto de mujeres como de hombres.....
- 7 Se debe enseñar a la mujer (al hombre) que su deber es cuidar a los padres, cónyuge, hijas e hijos
- 8 Cuando una madre tiene un trabajo remunerado, las hijas y los hijos sufren

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

7.13 En general, ¿calificaría su estado de salud como...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- muy bueno? 1
- bueno? 2
- ni bueno ni malo? 3
- malo? 4
- muy malo? 5

SECCIÓN 8. CUIDADO EN HOGARES UNIPERSONALES

SOLO PARA HOGARES UNIPERSONALES

FILTRO 1: ¿ES HOGAR UNIPERSONAL Y LA PERSONA TIENE 15 AÑOS Y MÁS (4.69 = 8)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A SECCIÓN 9

Como me comentó que su hogar está formado solo por usted, le haré las siguientes preguntas.

PERSONA QUE LE CUIDA CUANDO SE ENFERMA

8.1 Cuando usted se enferma, ¿quién la(o) cuida regularmente?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Madre01
- Padre02
- Abuela03
- Abuelo04
- Nieta05
- Nieto06
- Hija07
- Hijo08
- Otro09
- ESPECIFIQUE*
- Nadie, se cuida sola(o).....88

ENFERMO EN EL ÚLTIMO AÑO

8.2 En el último año, ¿usted ha tenido la necesidad de que alguien la(o) cuide porque se enfermó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

VISITAS DE FAMILIARES

8.3 ¿Sus familiares la(o) visitan regularmente o usted les visita para platicar o convivir?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

VISITA DE AMISTADES

8.3a ¿Sus amistades la(o) visitan regularmente o usted les visita para platicar o convivir?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

APOYO EN GASTOS DE ALIMENTACIÓN Y VIVIENDA

8.4 ¿Alguna persona le manda dinero para los gastos de alimentación, vivienda o para otros gastos que usted tiene?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

TOMA DE MEDICAMENTOS

8.5 Por cuestiones de salud o enfermedad crónica como hipertensión, diabetes, entre otras, ¿usted necesita tomar regularmente algún tipo de medicamento?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 8.7

FORMA EN QUE OBTIENE LOS MEDICAMENTOS

8.6 El medicamento que toma, ¿generalmente...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí1

No2

1 usted lo compra?|_|

2 se lo dan en el sector salud?|_|

3 se lo regalan?|_|

PRIMERA PERSONA

OTRAS NECESIDADES DE CUIDADO QUE REQUIERE

Ahora hablemos de las necesidades de cuidado que tiene actualmente. Siéntase con la libertad de responder lo que requiera.

8.7 ¿Usted necesita que...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

1 alguien platique con usted o le haga compañía? []

2 alguna persona le acompañe al médico, dé medicamentos o atienda sus necesidades de salud cuando lo requiera? []

3 alguien le ayude a su aseo o arreglo personal? []

4 le cubran sus necesidades de alimentación? []

5 le lleven o recojan de los sitios donde tenga que hacer compras, trámites, tener citas u otros?..... []

6 le ayuden a limpiar su casa, lavar su ropa, le hagan compras o trámites porque usted no puede hacerlo?..... []

PARA PERSONAS DE 60 Y MÁS Y/O CON DISCAPACIDAD

FILTRO 2: ¿LA PERSONA TIENE 60 AÑOS Y MÁS Y/O CON DISCAPACIDAD?

(3.5 = 60 Y MÁS Y/O 3.7= 3 O 4 EN ALGUNA OPCIÓN, Y/O 3.8A = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A SECCIÓN 9

ACTIVIDADES COTIDIANAS QUE LA PERSONA PUEDE REALIZAR SOLA

8.8 En las siguientes actividades, por favor dígame **SI USTED LAS PUEDE REALIZAR SOLA(O)**.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

01 ¿Comer?..... []

02 ¿Bañarse o asearse? []

03 ¿Vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), peinarse, ponerse o quitarse zapatos?..... []

04 ¿Subir o bajar escaleras?..... []

05 ¿Desplazarse por la casa? []

06 ¿Salir o caminar por la calle? []

07 ¿Acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse? []

08 ¿Hacer el quehacer en la casa (barrer, preparar comida, limpiar casa)?..... []

09 ¿Hacer compras, pagos u otras actividades de gestión de la casa (trámites, pago de luz, etcétera)?..... []

10 ¿Ir a consultas médicas? []

11 ¿Tomar sus medicamentos o revisar sus signos vitales? []

NECESIDAD DE TERAPIA O TRATAMIENTO

8.9 Por cuestiones de salud, ¿usted tiene necesidad de que le...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

1 apliquen algún tratamiento como diálisis, cuidado de sondas, etcétera?..... []

2 den alguna terapia especial o física?..... []

HORA DE TÉRMINO [] [] : [] []

SECCIÓN 9. MATERNIDAD Y PATERNIDAD ACTIVA

PARA PERSONA ELEGIDA DE 15 A 60 AÑOS

FILTRO 0: ¿LA (EL) INFORMANTE ES LA PERSONA ELEGIDA? (4.69 = 7 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

EXPERIENCIAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación, le preguntaré sobre su infancia y adolescencia, así como la relación que tenía con su padre y madre o las personas que le cuidaban.

CUIDADOR PRINCIPAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.1 Durante su infancia y adolescencia, es decir hasta los 17 años (15 o 16 años), ¿quién o quiénes estuvieron (han estado) principalmente al cuidado de usted? (Aunque no vivieran (vivan) en la misma vivienda).

CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS

- Madre, madrastra o tutora 01
- Padre, padrastro o tutor 02
- Abuela(s) 03
- Abuelo(s) 04
- Hermana(s) 05
- Hermano(s) 06
- Tía(s) 07
- Tíos(s) 08
- Otro(s) familiar(es) 09
- Otro(s) no familiar(es) 10
- Nadie la(lo) cuidó 11

FIGURAS MASCULINAS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.2 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿quién o quiénes fueron (han sido) los hombres importantes en su hogar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Padre (biológico) 1
- Padrastro o tutor 2
- Abuelo(s) 3
- Tío(s) 4
- Hermano(s) 5
- Otro 6
ESPECIFIQUE
- Nadie 7 → PASE A 9.4

PARTICIPACIÓN DEL PADRE O FIGURAS MASCULINAS EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR

9.3 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿qué tan frecuente su (PRIMER RESPUESTA EN PREGUNTA 9.2)...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Siempre** 1
- A veces** 2
- Casi nunca** 3
- Nunca** 4
- No aplica 8
- No sabe 9

- 1 cocinaba o preparaba alimentos?
- 2 limpiaba o hacía quehaceres de la vivienda (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)?
- 3 le llevaba o recogía de la escuela, guardería o alguna clase?
- 4 le ayudaba en las tareas de la escuela?
- 5 le cuidaba o atendía cuando se enfermaba?
- 6 platicaba con usted de sus amistades, escuela u otros temas de su interés?

PRIMERA PERSONA

PERCEPCIÓN DE TOMA DE DECISIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.4 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), en su hogar, ¿quién decidía (decide) sobre...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Madre1
- Padre2
- Ambos por igual3
- Abuela4
- Abuelo5
- Otra persona (ESPECIFIQUE)6
- No sabe (no aplica)9

- 1 si su madre podía o no trabajar por un salario? _____
- 2 si se acudía o no al médico? _____
- 3 si las hijas o hijos podían estudiar o seguir estudiando? _____
- 4 si las hijas o hijos podían salir con amistades? _____
- 5 cómo se gastaba el dinero en alimentación o vestimenta? _____
- 6 quiénes realizaban los quehaceres domésticos? _____
- 7 quién se quedaba en casa a cuidar a las hijas o hijos? _____

PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.5 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿generalmente, usted apoyaba (apoya) en su hogar a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No2
- No aplica8

- 1 cocinar o preparar alimentos? _____
- 2 limpiar o hacer quehaceres de la vivienda (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)? _____
- 3 cuidar de sus hermanas, hermanos u otras personas? _____

INICIA APLICACIÓN POR AUTOLLENADO

ENTREVISTADOR(A): RECUERDE ENTREGAR EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLICAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO AL INFORMANTE PARA QUE PUEDA AUTO REGISTRAR SUS RESPUESTAS.

INFORMANTE: LEA LA PREGUNTA Y REGISTRE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA O SELECCIONE AQUELLA CON LA QUE SE IDENTIFIQUE.

PATERNIDAD Y MATERNIDAD

Las siguientes preguntas están relacionadas al tema de maternidad o paternidad. Sus datos son confidenciales, nadie sabrá lo que usted respondió, ni siquiera la persona que le está entrevistando.

CONDICIÓN DE TENER HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.6 ¿Ha tenido usted hijas o hijos nacidos vivos biológicos o propios a lo largo de su vida? Considere hijas o hijos biológicos o propios, aunque nunca hayan vivido con usted, no se hayan reconocido, o que por cualquier razón se criaron con otra(s) familia(s).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1
- No2 → PASE A 9.10

NÚMERO DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.7 ¿Cuántas hijas o hijos biológicos o propios ha tenido a lo largo de su vida?

REGISTRE CON NÚMERO

NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR

9.8 De estas hijas o hijos biológicos o propios, ¿cuántos viven en su hogar?

REGISTRE CON NÚMERO

CON CÓDIGO "00" PASE A 9.9a

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.9 De estas hijas o hijos biológicos o propios que viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años cumplidos?

REGISTRE CON NÚMERO

FILTRO 1: ¿EL NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR ES IGUAL AL TOTAL DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)? (9.7=9.8)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 9.10

No 2 → CONTINÚE

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

9.9a De las (RESPUESTA EN 9.7 MENOS RESPUESTA EN 9.8) hija(s) o hijo(s) que no viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años?

REGISTRE CON NÚMERO

□ □ □

CONDICIÓN DE TENER HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS

9.10 ¿Usted tiene hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), de 0 a 17 años?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A FILTRO 2

NÚMERO DE HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.11 De estas hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), ¿cuántos viven con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

□ □ □

FILTRO 2: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS), HIJASTRAS(OS) O ADOPTIVOS DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 = 1 O MÁS Y/O 9.9a = 1 O MÁS Y/O 9.10 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A FILTRO 3

No 2 → REGRESE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A). ENTREVISTADOR(A): AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

FILTRO 3: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 4

USO DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

9.12 Pensando en sus hijas e hijos de 0 a 17 años, ¿usted ha hecho uso de la licencia de maternidad o permiso de paternidad que otorgan en el trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

No tenía la prestación en el trabajo 3

No tenía trabajo o nunca ha trabajado 4

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ELEGIDA ES HOMBRE Y DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (3.4 = 1 y 9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 5

ÚLTIMA HIJA O HIJO NACIDO VIVO

Ahora se le preguntarán algunas características relacionadas con su última hija o hijo nacido vivo biológico o propio. Recuerde que la información es totalmente confidencial.

ACOMPANAMIENTO A CONSULTAS PRENATALES

9.13 Durante el último embarazo, ¿usted acompañó a la madre de su hija o hijo a consultas o estudios prenatales?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

ACOMPANAMIENTO DURANTE EL NACIMIENTO DE SU ÚLTIMA(O) HIJA(O)

9.14 ¿Usted acompañó a la madre de su última hija o hijo en el hospital o clínica durante el nacimiento de su hija(o)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

PRIMERA PERSONA

PARTICIPACIÓN EN CUIDADOS DE LA(DEL) RECIÉN NACIDA(O)

9.15 Pensando en su última hija o hijo, durante su primer mes de vida, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
 No.....2

- 1 apoyó para darle de comer o beber?
- 2 le bañó, aseó (cambió pañales), vistió o arregló?
- 3 estuvo al pendiente de sus cuidados?

FILTRO 5: ¿LA PERSONA ELEGIDA TIENE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO FUERA DEL HOGAR? (9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
 No.....2 → PASE A FILTRO 6

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

A continuación, se le preguntará sobre sus hijas e hijos biológicos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar.

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.16 Pensando en sus hijas o hijos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
 No.....2
 No aplica8

- 1 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?
- 2 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?
- 3 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?
- 4 está al pendiente de sus calificaciones en la escuela?
- 5 asiste a reuniones o festivales escolares?

PERCEPCIÓN DE RELACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.17 En general, ¿cómo calificaría la relación que tiene con sus hijas o hijos de 0 a 17 años que no viven con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Muy buena.....1
 Buena.....2
 Mala.....3
 Muy mala.....4
 Ni buena ni mala.....5

DÍAS DE CONVIVENCIA CON HIJAS O HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.18 ¿Cuántos días de la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

De 6 a 7 días a la semana.....1
 De 3 a 5 días a la semana.....2
 De 1 a 2 días a la semana.....3
 Una vez a la quincena.....4
 Una vez al mes.....5
 Otro periodo.....6
 Ninguno.....7

} PASE A 9.20

TIEMPO DE CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.19 Regularmente, ¿cuántas horas a la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más.....98

| | |

COMUNICACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.20 ¿Cuántos días de la semana tiene contacto por teléfono, mensajes de texto, videollamadas o similares con esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

De 6 a 7 días a la semana..... 1

De 3 a 5 días a la semana..... 2

De 1 a 2 días a la semana..... 3

Una vez a la quincena 4

Una vez al mes 5

Otro periodo..... 6

Ninguno 7

APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.21 De esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted, ¿cuánto dinero le(s) proporcionó en apoyo económico o en especie en el último mes?

REGISTRE CON NÚMERO

Nada 00 000

\$90 mil o más 90 000

No sabe 99 999

\$ | | | , | | | |

CON CÓDIGO "00 000" REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A)

PROPORCIÓN DE APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.22 En general, ¿cuánto considera que cubre su apoyo económico o en especie las necesidades de alimentación, médicas, escolares u otras de esta(s) hija(s) o hijo(s)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Todo 1

Más de la mitad 2

La mitad 3

Menos de la mitad 4

Nada 5

No sabe..... 9

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO A LA ENTREVISTADORA O ENTREVISTADOR.

FILTRO 6: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR? (9.9 Y/O 9.11 = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

PRIMERA PERSONA

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR

A continuación le preguntaré por la vida cotidiana con sus hijas, hijos, hijastras o hijastros de 0 a 17 años que viven con usted.

CONDICIÓN DE REMORDIMIENTO

FRECUENCIA DE REMORDIMIENTO

9.23 Algunas personas sienten culpa o remordimiento por irse a trabajar y no estar todo el tiempo con sus hijas o hijos, ¿a usted le ha pasado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1

No..... 2

No tenía trabajo o nunca ha trabajado..... 3

} PASE A 9.25

9.24 ¿Con qué frecuencia le ha sucedido esto?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Siempre 1

Algunas veces 2

Casi nunca..... 3

CONDICIÓN DE EXPERIMENTAR SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA

9.25 De las siguientes situaciones, dígame si se aplican a la vida cotidiana en su hogar.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

No aplica 8

1 ¿Regularmente, convive poco tiempo con sus hijas o hijos debido al trabajo o quehaceres domésticos?

2 ¿Trabajaría menos si eso significa poder convivir más tiempo con sus hijas o hijos?

3 ¿En general, tiene la responsabilidad principal de mantener económicamente a su hogar?

4 ¿Usted es la persona que dedica más tiempo al cuidado de las hijas o hijos?

5 ¿Cree que si la relación con su pareja se termina perdería el contacto con sus hijas o hijos?

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

9.26 Pensando en sus hijas o hijos (hijastras o hijastros) de 0 a 17 años que viven en su hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

No aplica 8

1 les asigna responsabilidades dentro del hogar?

2 comparte con ellas o ellos alguna comida durante el día (desayuno, comida o cena)?

3 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?

4 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?

5 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?

6 sabe a dónde van cuando salen con sus amistades?

AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA.

HORA DE TÉRMINO :

SEGUNDA PERSONA

SECCIÓN 5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LABORALES

PARA PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nombre de la persona _____ Número de renglón [] [] Edad [] []

A continuación le haré unas preguntas que están dirigidas a usted y otras de su situación laboral.

CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA

5.1 ¿Usted habla algún dialecto o lengua indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí1

No2

ESTADO CONYUGAL

5.2 ¿Actualmente usted...

LEA HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

vive con su pareja en unión libre? 1

está separada(o)? 2

está divorciada(o)? 3

es viuda(o)? 4

está casada(o)? 5

está soltera(o)? 6 → PASE A 5.4

} PASE A 5.4

IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE

5.3 ¿Su cónyuge o pareja forma parte de este hogar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí1

↓

5.3a ¿Quién es su pareja o cónyuge?

REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL CÓNYUGE O PAREJA

[] []

No2

AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.4 Por sus costumbres y tradiciones, ¿usted se considera indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí1

No2

No sabe9

} PASE A 5.6

RAZÓN DE AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.5 ¿Se considera indígena principalmente...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

porque habla lengua indígena? 1

porque nació o pertenece a una comunidad indígena? 2

porque su madre, padre o abuela(o) hablan o hablaban lengua indígena? 3

por sus rasgos físicos (tono de piel, facciones)? 4

por ser mexicana(o)? 5

Otro _____ 6

ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

Ahora le preguntaré por su situación laboral.

CONDICIÓN DE ACTIVIDAD

5.6 ¿La semana pasada usted...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- trabajó por lo menos una hora? 1 } PASE A 5.9
 tenía trabajo, pero no trabajó? 2 }
 buscó trabajo? 3 }
 ¿Es pensionada(o) o jubilada(o)? 4 }
 ¿Es estudiante? 5 } PASE A 5.8
 ¿Se dedica a los quehaceres del hogar o a cuidar a sus hijas e hijos? 6 }
 ¿Tiene una limitación física o mental permanente que le impide trabajar? 7 → PASE A FILTRO 4
 Estaba en otra situación diferente a las anteriores 8 → PASE A 5.8

TIEMPO DE BÚSQUEDA

5.7 En total, ¿cuánto tiempo lleva buscando trabajo (haciendo preparativos para poner un negocio)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Hasta un mes 1
 Más de 1 hasta 3 meses 2
 Más de 3 hasta 6 meses 3
 Más de 6 hasta 9 meses 4
 Más de 9 meses a un año 5
 Más de un año 6

VERIFICACIÓN DE ACTIVIDAD

5.8 Aunque ya me dijo que usted (CONDICIÓN DE 5.6), ¿la semana pasada...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- ayudó en un negocio (familiar o no familiar)? 1
 vendió algún producto? 2
 hizo algún producto para vender? 3
 ayudó en las labores del campo o en la cría de animales? 4
 a cambio de un pago realizó otro tipo de actividad (por ejemplo: lavó o planchó ajeno, cuidó niñas y niños)? 5
 estuvo de aprendiz o haciendo su servicio social? 6
 ¿No ayudó ni trabajó? 7 ↓ PASE A FILTRO 3

POSICIÓN EN LA OCUPACIÓN

5.9 En ese trabajo, ¿usted fue...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- empleada(o) u obrera(o)? 1
 jornalera(o) o peón(a)? 2
 ayudante con pago? 3
 trabajador(a) por su cuenta (no tiene trabajadores por un sueldo)? 4 } PASE A 5.11
 patrón(a) o empleador(a) (tiene trabajadores por un sueldo)? 5 }
 trabajador(a) sin pago? 6 → PASE A 5.12

PRESTACIONES LABORALES

5.10 En este trabajo, ¿le dan, aunque no utilice, ...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí 1
 No 2
 No sabe 9
- 1 licencia o incapacidad con goce de sueldo?
- 2 vacaciones con goce de sueldo?
- 3 fondo de retiro (SAR o AFORE)?
- 4 guardería o estancia infantil?
- 5 licencia para cuidados maternos o paternos?
- 6 servicio médico (IMSS, ISSSTE u otro)?

INGRESOS POR TRABAJO

Le voy a pasar otra vez el dispositivo para que responda la siguiente pregunta de ingresos; recuerde que solo usted sabrá lo que registre. Si tiene alguna duda con toda confianza me puede preguntar.

ENTREVISTADOR(A): ENTREGUE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLIQUE EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO A LA PERSONA ENTREVISTADA PARA QUE PUEDA REGISTRAR SU RESPUESTA.

5.11 ¿Cuánto gana o recibe usted por trabajar (su actividad)?

REGISTRE CON NÚMERO

- No recibe ingresos 00 000
 \$98,000 y más 98 000
 No responde 99 888

\$

INFORMANTE: REGISTRE LA CANTIDAD CORRESPONDIENTE

5.11a ¿Cada cuándo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- A la semana 1
 A la quincena 2
 Al mes 3
 Al año 4

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR O ENTREVISTADORA.

JORNADA DE TRABAJO

5.12 ¿Su jornada de trabajo es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1

de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2

mixto? 3

rola turnos? 4

No tiene horario o su horario no es fijo 5

} PASE
A 5.13

HORARIO LABORAL

5.12a Entonces, ¿su horario es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

por la mañana? 1

por la tarde? 2

por la mañana y por la tarde? 3

HORAS TRABAJADAS

5.13 ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada?

REGISTRE CON NÚMERO

--	--	--

 HORAS

TIEMPO DE TRASLADO AL TRABAJO

5.14 Considerando ida y vuelta, ¿cuánto tiempo hace regularmente de su casa a su lugar de trabajo o actividad?

REGISTRE CON NÚMERO

Trabaja en casa (Home Office) 00 00 → PASE A 5.17

--	--	--	--

 HORAS : MINUTOS

GASTO EN TRANSPORTE

5.15 Regularmente, ¿cuánto gasta a la semana en transporte para ir a su lugar de trabajo o actividad? Incluya ida y vuelta.

REGISTRE CON NÚMERO

Nada 00 000

\$

--	--	--	--	--

 CANTIDAD

MODO DE TRANSPORTE

5.16 ¿Qué medios de transporte utiliza regularmente para ir y regresar de su trabajo o actividad?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Caminando 01

Bicicleta propia 02

Bicicleta de transporte público..... 03

Metro, tren ligero, tren suburbano 04

Trolebús 05

Metrobús (autobús en carril confinado) 06

Camión, autobús, combi, colectivo 07

Transporte de personal..... 08

Taxi (sitio, calle, otro) 09

Taxi (App internet)..... 10

Motocicleta o motoneta..... 11

Automóvil o camioneta 12

Otro 13

CONDICIÓN DE CAMBIO DE TRABAJO

5.17 ¿A usted le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 5.19

No 2

SEGUNDA PERSONA

RAZONES PARA NO CAMBIARSE DE TRABAJO

5.18 ¿Por qué no le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Buen horario (sale temprano, su horario es flexible, se adapta a sus necesidades) 01
 - Le pagan bien/gana lo suficiente 02
 - Tiene prestaciones (servicio médico, aguinaldo, guardería, etcétera) 03
 - Le queda cerca 04
 - Le gusta lo que hace 05
 - Hay buen ambiente de trabajo 06
 - Flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07
 - Su jefa(e) es flexible o se lleva bien 08
 - Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09
 - Otra _____ 10
- PASE A 5.20
ESPECIFIQUE

RAZONES PARA CAMBIARSE DE TRABAJO

5.19 ¿Por qué le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- No le gusta el horario/ jornada muy larga 01
 - No le pagan bien/ gana poco 02
 - No tiene prestaciones 03
 - Le queda muy lejos 04
 - No le gusta lo que hace 05
 - Hay mal ambiente de trabajo 06
 - Tener flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07
 - No se lleva bien con su jefa(e) o es inflexible 08
 - Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09
 - Otra _____ 10
- ESPECIFIQUE

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

5.20 ¿Está satisfecha(o) en su trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
- No 2

CAMBIAR DE HORARIO

5.21 Manteniendo el número de horas que usted trabaja a la semana y lo que gana, ¿le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
- No 2 → PASE A FILTRO 1

RAZONES PARA CAMBIAR HORARIO

5.22 ¿Por qué le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Para dedicar más tiempo a su hogar 1
 - Para dedicar más tiempo al cuidado de sus hijas(os) 2
 - Para cuidar a sus padres u otros familiares enfermos o adultos mayores (diferentes a sus hijas(os)) 3
 - Para estudiar o aprender otras cosas 4
 - Para dedicar tiempo a su persona 5
 - Otra razón _____ 6
- ESPECIFIQUE

JORNADA PREDILECTA

5.23 La jornada que le gustaría para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.) 1
 - de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2
 - mixto? 3
 - rolar turnos? 4
 - Sin horario fijo 5
- PASE A FILTRO 1

HORARIO LABORAL

5.23a Entonces, ¿el horario que le gustaría es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- por la mañana? 1
- por la tarde? 2
- por la mañana y por la tarde? 3

FILTRO 1: ¿TRABAJÓ MENOS DE 35 HORAS LA SEMANA PASADA? (5.13 < 35)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 2

INCREMENTO DE JORNADA LABORAL

5.24 ¿Considera que le queda tiempo a la semana para laborar más horas de las que actualmente trabaja?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí1 → PASE A 5.26

Sí, pero no le interesa trabajar más horas2

No3 → PASE A FILTRO 2

RAZÓN PRINCIPAL PARA NO INCREMENTAR SU JORNADA

5.25 ¿Cuál es la razón principal por la que no trabajaría más tiempo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- | | |
|--|----|
| Con lo que gana es suficiente..... | 01 |
| El trabajo que realiza es intenso, peligroso o agotador..... | 02 |
| No cuenta con instrucción, experiencia o papeles para un empleo de tiempo completo..... | 03 |
| No hay trabajo en su localidad..... | 04 |
| Los trabajos que hay no le interesan..... | 05 |
| La actividad o el negocio no da para trabajar más horas..... | 06 |
| Inseguridad pública..... | 07 |
| Labores domésticas en su propio hogar..... | 08 |
| Cuidado de personas de su familia..... | 09 |
| No lo aprobaría un familiar..... | 10 |
| Enfermedad, salud o discapacidad..... | 11 |
| Edad..... | 12 |
| Retiro o jubilación..... | 13 |
| Estudia..... | 14 |
| Realiza alguna actividad voluntaria en beneficio de la comunidad, congregación o medio ambiente..... | 15 |
| Valora el tiempo dedicado a su familia, recreación o vida privada..... | 16 |
| Otra razón de condiciones de trabajo o mercado laboral..... | 17 |
| Otra razón personal o familiar..... | 18 |

PASE A FILTRO 2

TIEMPO PARA INICIAR JORNADA EXTENDIDA

5.26 ¿A partir de cuándo podría comenzar a trabajar más horas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- | | |
|--|---|
| Inmediatamente, esta semana..... | 1 |
| La próxima semana..... | 2 |
| En 2 semanas..... | 3 |
| Más de 2 semanas hasta 1 mes..... | 4 |
| Más de 1 mes hasta 3 meses..... | 5 |
| Más de 3 meses..... | 6 |
| Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales..... | 7 |
| No sabe..... | 9 |

DETERMINACIÓN PREVIA DE AUMENTO DE JORNADA

5.27 ¿Ya había pensado en trabajar más horas antes de esta entrevista?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- | | |
|---|---|
| Sí..... | 1 |
| No..... | 2 |
| Titubea, no da una respuesta clara..... | 3 |

FILTRO 2: ¿ES TRABAJADOR(A) SUBORDINADO(A) (5.9 = 1, 2, 3 o 6)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 5

SEGUNDA PERSONA

FLEXIBILIDAD EN EL TRABAJO

5.28 En su lugar de trabajo, ¿le permiten...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No2
- No aplica8

1 tomarse los días festivos?

2 tomar sus vacaciones con goce de sueldo?

CON CÓDIGO 2 PREGUNTE

2a tomar sus vacaciones sin goce de sueldo?

3 tener a sus hijas o hijos en su lugar de trabajo?

4 ausentarse de su lugar de trabajo o tener horario especial para estudiar o capacitarse?

5 ausentarse del lugar de trabajo para cuidar a sus hijas, hijos o familiares enfermos (excluye licencias)?

6 ausentarse unas horas para hacer algún trámite (excluye por cuidados)?

7 tener tiempo de lactancia materna (llegar tarde o salir temprano por tener lactancia, ir a la guardería a amamantar a su bebé)?

PASE A FILTRO 5

POBLACIÓN NO OCUPADA (BUSCADORAS Y POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA)

FILTRO 3: ¿LA PERSONA BUSCÓ TRABAJO Y NO TRABAJA ACTUALMENTE (5.6 = 3 Y 5.8 = 7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1 → PASE A 5.33
- No2 → CONTINÚE

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ES POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA (5.6 = (4, 5, 6, 8) Y 5.8 = 7 O 5.6=7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1 → CONTINÚE
- No2 → PASE A FILTRO 5

INTERÉS EN TRABAJAR

5.29 Actualmente, ¿usted desea trabajar para obtener un ingreso?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
 - No 2
 - Manifiesta que no puede 3
- } PASE A 5.32

RAZONES PARA NO BUSCAR TRABAJO

5.30 Si tiene interés en trabajar, ¿cuál es la razón principal por la que no trabaja o no ha buscado trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Está esperando la respuesta a una solicitud o está apalabrado con un patrón que lo llamará en fecha próxima01
- No hay trabajo en su especialidad, oficio o profesión02
- No cuenta con la escolaridad, los papeles o la experiencia necesaria para realizar un trabajo 03
- Piensa que por su edad o por su aspecto no lo aceptarían en un trabajo04
- En su localidad no hay trabajo o solo se realiza en ciertas temporadas del año05
- La inseguridad pública o el exceso de trámites lo desalientan a iniciar una actividad06
- Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....07
- Está embarazada.....08
- No tiene quién le cuide a sus hijas(os), personas adultas mayores o personas enfermas09
- No la(o) deja un familiar.....10
- Otras razones de mercado11
- Otras razones personales.....12

TIEMPO PARA COMENZAR A TRABAJAR

5.31 ¿A partir de qué momento estaría disponible para trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Inmediatamente, esta semana..... 1
 - La próxima semana2
 - En 2 semanas3
 - Más de 2 semanas hasta 1 mes.....4
 - Más de 1 mes hasta 3 meses5
 - Más de 3 meses.....6
 - Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales ...7
 - No sabe.....9
- } PASE A 5.33

RAZONES POR LAS QUE NO DESEA TRABAJAR

5.32 ¿Por qué no desea (no puede) trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Falta de instrucción, experiencia o papeles..... 1
 - No le dejarían o no le darían permiso.....2
 - No le interesan los trabajos que hay3
 - Condiciones físicas o de salud4
 - No quiere trabajar más5
 - En este momento de su vida, tener un trabajo no es su objetivo6
 - No tiene quién le cuide a sus hijas e hijos, personas adultas mayores o enfermas(os)7
 - Otra.....8
- ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE HABER TRABAJADO

5.33 ¿Ha trabajado alguna vez en su vida?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 5
- No..... 2

RAZÓN POR LA QUE NUNCA HA TRABAJADO

5.34 ¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- No cuenta con la experiencia, capacitación o escolaridad requerida/ está estudiando1
 - Nunca lo ha necesitado o no ha querido2
 - Siempre se ha dedicado a los quehaceres del hogar.....3
 - Porque tiene que cuidar a sus hijas, hijos y otros familiares4
 - Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....5
 - Su pareja no la(o) deja o prefiere que se quede en casa.....6
 - Falta de oportunidades de trabajo7
 - Ofrecen sueldos muy bajos8
 - Otra razón9
- ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

CONDICIONES SOLICITADAS PARA INCORPORARSE AL MERCADO LABORAL

REQUISITOS SOLICITADOS PARA ACEPTAR UN TRABAJO

5.35 ¿Qué condiciones laborales debe ofrecerle un trabajo para que usted decida trabajar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Medio tiempo..... 1
- Cercanía del hogar..... 2
- Buen ingreso..... 3
- Guardería para cuidar a sus hijas e hijos o algún familiar enfermo, adulta mayor o con discapacidad 4
- Servicio médico..... 5
- Flexibilidad en el trabajo para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela 6
- Otras condiciones _____ 7
ESPECIFIQUE
- No le interesa, no quiere trabajar o está a gusto sin trabajar 8 → PASE A FILTRO 5

DURACIÓN DE LA JORNADA LABORAL

5.36 ¿La jornada de trabajo diaria que aceptaría es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- menos de 8 horas diarias (menos de 40 horas a la semana)? 1
- 8 horas diarias (40 horas a la semana)? 2
- más de 8 horas diarias? 3

DÍAS DE TRABAJO QUE ACEPTARÍA

5.37 ¿Usted podría trabajar...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de lunes a viernes? 1
- solo los fines de semana? 2
- solo unos días entre semana? 3
- unos días entre semana y otro en fin de semana? 4

JORNADA LABORAL REQUERIDA

5.38 La jornada que le conviene para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1
 - de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2
 - mixto? 3
 - rolar turnos? 4
 - Sin horario fijo 5
- } PASE A FILTRO 5

HORARIO LABORAL

5.38a Entonces, ¿el horario de trabajo que le conviene es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- por la mañana? 1
- por la tarde? 2
- por la mañana y por la tarde? 3

FILTRO 5: ¿ES HOGAR UNIPERSONAL (4.69= 8)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → FILTRO 6
- No 2 → PASE A SECCIÓN 6

FILTRO 6: ¿CUIDA A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 9 DE SECCIÓN 6
- No 2 → PASE A FILTRO 11 DE SECCIÓN 6

SECCIÓN 6. ACTIVIDADES DE CUIDADOS E IMPACTOS EN LAS PERSONAS CUIDADORAS

A continuación le preguntaré por los cuidados que se otorgan a las y los integrantes de su hogar.
(ATENCIÓN ENTREVISTADOR(A): SI ESTÁ CON UNA PERSONA DIFERENTE DE LA QUE RESPONDIÓ LA SECCIÓN 4, ENTREGUE TARJETA 2 Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DEL MANUAL).

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD

FILTRO 1: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD?
(4.69 = 1 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
No2 → PASE A FILTRO 2

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.1 (NOMBRE(S)) necesita(n) cuidados por las dificultades que tiene(n) para realizar distintas actividades de la vida diaria.
La semana pasada, ¿usted le(s) dio de comer, baño, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1
No2 → PASE A FILTRO 2

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.2 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
No.....2

- 01 le dio de comer o ayudó a hacerlo?
- 02 la(o) ayudó a vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?
- 03 le cambió pañales o ayudó a hacerlo?
- 04 la(o) ayudó o apoyó a bañarse, asearse, peinarse o a ir al baño?
- 05 la(o) ayudó a subir o bajar escaleras?
- 06 la(o) ayudó a desplazarse por la casa?
- 07 la(o) acompañó a salir o caminar por la calle?
- 08 la(o) ayudó a acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?
- 09 la(o) llevó al médico o a consultas médicas?
- 10 le dio sus medicamentos, inyectó o revisó signos vitales?
- 11 le hizo curaciones o realizó vendajes?
- 12 le dio alguna terapia especial o física?
- 13 le aplicó algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?
- 14 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 15 Otra _____

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.3 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1
No 2 → PASE A 6.5

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.4 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1
No..... 2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?
- 2 personal de la institución u hospital privado?
- 3 Otro _____

ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

MEDIO PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.5 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Automóvil propio 1
- Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida 2
- Taxi, Uber u otro taxi de aplicación 3
- Camión, colectivo, o pesero 4
- Motocicleta 5
- Caminando 6
- Otro 7
ESPECIFIQUE
- No realiza esta actividad 8

TIEMPO QUE LLEVA BRINDANDO CUIDADOS

6.6 ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

No sabe 99 99

AÑOS MESES

HORAS DE APOYO

6.7 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

HORAS

PAGO POR CUIDADO

6.8 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

6.8a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más 9 000

No responde 9 888

\$

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.9 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 tiene dificultad para ayudarle porque a usted le falta fuerza física?
- 2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor?
- 3 cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesaria capacitación especializada?
- 4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados?

EFECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL CUIDADOR(A)

El cuidar a una persona puede afectar de diferentes maneras a la persona cuidadora, lo cual es completamente normal. En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.10 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 su relación con los integrantes de su hogar?
- 2 su relación con los demás miembros de su familia (ajenos a su hogar)?
- 3 su convivencia con amistades?
- 4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera?
- 5 su tiempo libre?
- 6 la convivencia con su pareja?
- 7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo?
- 8 encontrar una pareja afectiva o casarse?

EFFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.11 ¿Por el cuidado que usted otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1
 No..... 2

1 se ha deteriorado su salud física?.....

2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión?

3 se siente cansada(o)?

4 se siente deprimida(o)?

5 se siente irritada(o)?

6 ha disminuido su tiempo de sueño?

7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello?

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.12 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1
 No..... 2

1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa?

2 ha tenido que dejar de trabajar?

3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)?

4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional?

5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales?

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 2: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD? (4.69 = 2 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE
 No 2 → PASE A FILTRO 3

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.13 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, bañó, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
 No 2 → PASE A FILTRO 3

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.14 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2

01 le dio de comer?.....

02 la(o) bañó, aseó, vistió o arregló?

03 la(o) cargó o acostó?

04 la(o) llevó o recogió de la guardería, kinder o escuela?.....

05 le dio alguna terapia especial o física?

06 la(o) ayudó a hacer tareas escolares?

07 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?

08 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?

09 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?

10 Otra

ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 3: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD ?
(4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 6

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 11 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 4: ¿CUIDÓ A MENORES DE 6 A 11 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGÚN NIÑA O NIÑO DE 6 A 11 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 5

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.15 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A FILTRO 5

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.16 Ahora le preguntaré por el cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

1 le dio de comer?

2 la(o) ayudó a bañarse, asearse, vestirse o arreglarse?

3 la(o) llevó o recogió de la escuela?

4 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?

5 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?

6 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?

7 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?

8 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?

9 Otra _____

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 12 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 5: ¿CUIDÓ MENORES DE 12 A 17 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGUNA PERSONA DE 12 A 17 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 6

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 12 A 17 AÑOS

6.17 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A FILTRO 6

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 12 A 17 AÑOS

6.18 Ahora me referiré al cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la escuela?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?
- 3 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?
- 4 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 5 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 6 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?
- 7 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 6: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD?
(4.69= 4 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 7

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.19 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, le(s) dio algún medicamento, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1
No 2 → PASE A FILTRO 7

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.20 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la casa de día, clases, trabajo o para hacer algún trámite?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o a realizar los ejercicios?
- 3 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 4 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 5 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR QUE ESTÁN ENFERMAS, LESIONADAS O TUVIERON UN ACCIDENTE

FILTRO 7: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR ENFERMA, LESIONADA O QUE TUVO UN ACCIDENTE?
(4.69 = 5 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 8

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.21 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) por su enfermedad, lesión o accidente?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1
No 2 → PASE A FILTRO 8

SEGUNDA PERSONA

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.22 ¿Usted la(o) ayudó o apoyó a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 01 comer?
- 02 vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?.....
- 03 cambiar pañales?
- 04 bañarse, asearse, peinarse o ir al baño?.....
- 05 subir o bajar escaleras?
- 06 desplazarse por la casa?.....
- 07 salir o caminar por la calle?.....
- 08 acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?.....
- 09 llevarla(o) al médico o a consultas médicas?
- 10 tomar medicamentos, inyectarla(o), revisar signos vitales?
- 11 hacer curaciones, realizar vendajes?
- 12 aplicarle algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?.....
- 13 darle alguna terapia física?.....
- 14 ¿Le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?.....
- 15 Otra _____

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.23 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No.....2 → PASE A FILTRO 8

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.24 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?.....
- 2 personal de una institución u hospital privado?.....
- 3 Otro _____

ESPECIFIQUE

FILTRO 8: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDA O APOYA A PERSONAS DE SU HOGAR DE 0 A 17 AÑOS, 60 AÑOS Y MÁS O PERSONAS ENFERMAS TEMPORALES? (6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No.....2 → PASE A FILTRO 9

MEDIOS PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.25 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Automóvil propio1
 Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida2
 Taxi, Uber u otro taxi de aplicación3
 Camión colectivo, pesero4
 Motocicleta5
 Caminando6
 Otro7
ESPECIFIQUE
 No realiza esta actividad8

HORAS DE APOYO

6.26 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

| | |

PAGO POR CUIDADO

6.27 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

↓

6.27a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más9 000
 No responde9 888

\$ | | , | | | |

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.28 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2
 No aplica 8

1 tiene dificultad para ayudarlo porque a usted le falta fuerza física? | |
 2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor? | |
 3 cree que para llevar a cabo los cuidados que realiza necesitaría capacitación especializada? | |
 4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados? | |

EFECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL (LA) CUIDADOR(A)

En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.29 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2
 No aplica 8

1 su relación con los integrantes de su hogar? | |
 2 su relación con los demás miembros de su familia? | |
 3 su convivencia con amistades? | |
 4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera? | |
 5 su tiempo libre? | |
 6 la convivencia con su pareja? | |
 7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo? | |
 8 encontrar una pareja afectiva o casarse? | |

EFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.30 ¿Por el cuidado que usted les otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2

1 se ha deteriorado su salud física? | |
 2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión? | |
 3 se siente cansada(o)? | |
 4 se siente deprimida(o)? | |
 5 se siente irritada(o)? | |
 6 ha disminuido su tiempo de sueño? | |
 7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello? | |

EFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.31 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2

1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa? | |
 2 ha tenido que dejar de trabajar? | |
 3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)? | |
 4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional? | |
 5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales? | |

SEGUNDA PERSONA

APOYO A PERSONAS DE OTROS HOGARES

FILTRO 9: ¿LA (EL) INFORMANTE BRINDA CUIDADO A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 10

Ahora le voy a preguntar si realiza actividades para otros hogares.

APOYO Y CUIDADO A PERSONAS DE OTROS HOGARES	HORAS DE APOYO	PAGO O APOYO POR CUIDADO		PARENTESCO CON LAS PERSONAS DE OTROS HOGARES	CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO	
<p>6.32 Durante la semana pasada, ¿usted...</p> <p>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</p> <p>CON CÓDIGO 1, PREGUNTE DE 6.33 A 6.37, SEGÚN CORRESPONDA</p> <p>Sí.....1 →</p> <p>No.....2 ↓</p>	<p>6.33 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado o apoyo de estas personas?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>98 o más..... 98</p> <p>→</p>	<p>6.34 Aunque ya me dijo que lo hizo de manera gratuita, ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar, familia o del hogar al que apoya?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↓</p> <p>6.34a ¿Con cuánto la (lo) apoyan al mes?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>\$9 000 o más 9 000</p> <p>No responde..... 9 888</p> <p>No.....2</p> <p>→</p>	<p>6.35 ¿Qué son de usted las personas de otros hogares a las que cuidó o apoyó?</p> <p>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE LAS DOS PRIMERAS PERSONAS INDICADAS</p> <p>Madre01</p> <p>Padre02</p> <p>Suegra03</p> <p>Suegro04</p> <p>Hija05</p> <p>Hijo06</p> <p>Nieta07</p> <p>Nieto08</p> <p>Hermana.....09</p> <p>Hermano.....10</p> <p>Sobrina11</p> <p>Sobrino12</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....13</p> <p>→</p>	<p>6.36 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar estos cuidados?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↓</p> <p>6.37 ¿A usted la (lo) capacitó o entrenó...</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>personal del IMSS, ISSSTE o DIF?.....1</p> <p>personal de una institución u hospital privado?.....2</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....3</p> <p>No2</p> <p>→</p>		
	HORAS	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
<p>1 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado y/o atención de personas enfermas o con discapacidad? (llevarlas y/o recogerlas al médico, darles medicamentos, prepararles alimentos especiales o darles de comer, hacerles compañía, ayudar a bañarlas o asearlas).....</p>			\$			
<p>2 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de niñas o niños menores de hasta 17 años? (asearlos, hacerles compañía, darles de comer, jugar, platicar, llevarlos o recogerlos de la escuela).....</p>			\$			
<p>3 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de personas de 60 años y más? (hacerles compañía, darles de comer, platicar, llevarlos y recogerlos a algún lugar).....</p>			\$			

PARA TODOS LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR

FILTRO 10: ¿LA (EL) INFORMANTE ES CUIDADOR(A) DE PERSONAS DE SU HOGAR Y/O DE OTROS HOGARES?
 (6.1 = 1 Y/O 6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1 Y/O (6.32 = ALGÚN CÓDIGO 1 EN OPCIONES 1 A 3)).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 11

MOTIVO POR EL QUE ES CUIDADOR(A)

6.38 A las personas que declaró cuidar, ¿usted las cuida por...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

obligación? 1

decisión familiar? 2

ser la (el) única(o) que podía? 3

petición de quien necesita el cuidado? 4

iniciativa propia? 5

SATISFACCIÓN CON ACTIVIDADES DE CUIDADO Y TIEMPO LIBRE

6.39 Derivado de los cuidados que usted otorga, ¿está satisfecha(o) con...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No 2

1 su tiempo libre? } PASE A 6.42

2 el tiempo de cuidado que dedica a las personas de su hogar?

3 la ayuda o apoyo que recibe para realizar los cuidados?

FILTRO 11: ¿ES PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL (4.69 = 7 Y/O 8 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → TERMINE LA ENTREVISTA

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.40 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para brindar cuidados?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.42

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.41 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?

2 personal de una institución u hospital privado?

3 Otro _____
ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONAS ELEGIDAS Y/O HOGARES UNIPERSONALES

BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.42 De octubre de 2021 a la fecha, ¿usted ha buscado directamente alguna guardería, casa del abuelo o asilo para llevar a alguna de las o los integrantes de su hogar o de otros hogares?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.45

COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO POR EL MERCADO

6.43 Las características y servicios ofrecidos por este tipo de lugares, ¿cumplieron con lo que buscaba?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 6.46

No 2

RAZONES DE NO SATISFACCIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.44 ¿Cuáles son las razones por las que no cumplieron sus necesidades?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Costo elevado 01

Personal no capacitado 02

Lejanía del centro de cuidado 03

Instalaciones o herramientas inadecuadas 04

No cuentan con servicio de traslados 05

Tienen lista de espera (cupó insuficiente) 06

No tienen flexibilidad de horarios 07

Carecen de servicio de alimentos o no cuidan la dieta 08

No aceptan personas con movilidad limitada 09

No otorgan cuidados especializados (tratamientos, terapias, etcétera) 10

Otra razón 11

ESPECIFIQUE

PASE A 6.46

RAZONES DE NO BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.45 ¿Por qué no ha buscado este tipo de servicios o lugares (guardería, casa del abuelo, asilo, o algún lugar donde otorguen cuidados o realicen actividades o talleres)?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

El propio hogar cuida de las personas que lo necesitan 01

Porque en el cuidado apoyan otros hogares, familiares o personas conocidas 02

Son caros 03

Le preocupa el qué dirá su familia, amistades o la comunidad 04

Desconocimiento de que existen estos lugares 05

Incomodidad o desconfianza de que alguien ajeno lo cuide 06

Lejanía del centro de cuidado 07

Maltratos por parte del personal de los centros de cuidado 08

No ha tenido necesidad (no hay personas en su hogar que requieran cuidados) 09

Otra razón 10

ESPECIFIQUE

LUGAR PARA BRINDAR SERVICIOS DE CUIDADO

6.46 Si usted tuviera que contratar un servicio para cuidar a un familiar o para que a usted le cuidaran, ¿preferiría que este se realizara...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

en su casa? 1

en un centro o institución pública? 2

en un centro o institución privada? 3

en casa de algún familiar, amistad o persona conocida? 4

¿No contrataría este tipo de servicio? 5

DISPONIBILIDAD PARA SER CUIDADOR

6.47 Si a usted le pagaran, ¿le gustaría ser cuidador(a) profesional de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A SECCIÓN 7

DISPONIBILIDAD PARA CAPACITARSE

6.48 ¿Usted estaría dispuesta(o) a capacitarse para ser cuidador(a) de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

SECCIÓN 7. PERCEPCIÓN CULTURAL DE LOS CUIDADOS

Ahora le haré algunas preguntas sobre lo que piensa acerca de la responsabilidad de los cuidados de niñas, niños y personas adultas mayores.

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS HIJOS

7.1 Cuando las hijas y los hijos son pequeños, están enfermos o no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo la mamá? 1
- solo el papá? 2
- la mamá y el papá? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

CUIDADO DE NIÑOS EN GUARDERÍAS

7.2 Usted, ¿cree que se debe llevar a las niñas y niños chiquitos a educación inicial, guardería o estancia infantil?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1 → PASE A 7.4
- No 2

RAZÓN PARA NO LLEVAR A LOS NIÑOS A LAS GUARDERÍAS

7.3 ¿Cuál es la razón principal por la que no llevaría a las niñas y niños chiquitos a la educación inicial, guardería o estancia infantil para que les cuiden?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las niñas y los niños 1
 - Son muy caros 2
 - Cree que el cuidado es responsabilidad de la madre, padre o la familia 3
 - No tienen personal capacitado para cuidarlos(os) 4
 - No tiene necesidad o la madre, padre o familia le cuida 5
 - Otra razón 6
ESPECIFIQUE
- } PASE A 7.5

REQUISITOS BUSCADOS EN LA GUARDERÍA

7.4 (ENTREGUE TARJETA 3) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta. En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener los centros de educación inicial, guarderías o estancias infantiles?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (maestra(o), enfermera(o) o pediatra) 01
- Instalaciones adecuadas y seguras 02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal 03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros) 04
- Limpieza del lugar 05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada 06
- Horarios acordes a sus necesidades 07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo 08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o) 09
- Precio accesible 10
- Clases de calidad/ fortalecimiento de habilidades 11
- Otra 12
ESPECIFIQUE
- No sabe 99

PREFERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADOS ESCOLARES

7.5 Pensando en las escuelas de preescolar o primaria para sus hijas, hijos o algún otro familiar, ¿usted pediría que tuvieran...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- 1 horario extendido?
- 2 servicio de desayuno?
- 3 servicio de comida caliente?
- 4 servicio de transporte?
- 5 club de tareas?

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS PADRES

7.6 Cuando los padres son personas adultas mayores y no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo las hijas (mujeres)? 1
- solo los hijos (hombres)? 2
- las hijas y los hijos (mujeres y hombres)? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

SEGUNDA PERSONA

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Las personas adultas mayores necesitan ayuda en su vida cotidiana, como cuidados personales (bañarse, vestirse, moverse, etcétera), que les hagan las compras, les preparen comida, entre otros cuidados.

7.7 ¿Usted cree que este apoyo deben brindarlo principalmente...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- las instituciones de gobierno (residencias o casas de día, casa del abuelo)? 1
- las organizaciones religiosas, civiles o de beneficencia? 2
- personas cuidadoras contratadas? 3
- los miembros de la familia? 4
- ¿Otro? 5

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN PARA LLEVAR A UNA PERSONA A UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.8 Respecto al cuidado de las personas adultas mayores, hay residencias o casas de día donde les otorgan cuidados por unas horas o de tiempo completo, ¿usted está de acuerdo en que se les lleve...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- para que les cuiden solo unas horas del día? 1
- para que las cuiden durante todo el día? 2
- para que les cuiden de tiempo completo (día y noche)? 3
- ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en llevarlas)? 4
- No sabe..... 9

PASE A 7.10

REQUISITOS BUSCADOS EN LA RESIDENCIA

7.9 (ENTREGUE TARJETA 4) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta.

En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener las residencias o casas de día para personas adultas mayores?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (geriatra, enfermera(o), cuidador(a) capacitado(a)).....01
- Instalaciones adecuadas y seguras02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros).....04
- Limpieza del lugar05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada06
- Horarios acordes a sus necesidades07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o).....09
- Precio accesible10
- Actividades recreativas y fortalecimiento de habilidades11
- Otra12
- No sabe99

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA PARA QUE LE CUIDEN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.10 Respecto a este tipo de lugares, ahora piense en usted (cuando llegue a ser una persona adulta mayor).

Si necesitara que alguien la(o) cuidara, ¿estaría de acuerdo en que la(o) llevaran a que le cuiden...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo unas horas del día? 1
- durante todo el día? 2
- de tiempo completo (día y noche)? 3
- ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en que le lleven)? 4
- No sabe..... 9

PASE A 7.12

→ PASE A 7.12

RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LE GUSTA(RÍA) QUE LA(O) CUIDARAN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.11 ¿Cuál es la razón principal por la que no le gustaría que la(o) cuidaran en una residencia de personas adultas mayores?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las personas 1
- Son muy caros 2
- Cree que el cuidado es responsabilidad de las hijas e hijos o la familia..... 3
- No tienen las instalaciones adecuadas 4
- No tiene personal capacitado 5
- Otra razón 6
- No sabe 9

ESPECIFIQUE

RESPONSABILIDADES Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO

7.12 Le voy a leer unas frases. Usted me responderá si está de acuerdo o en desacuerdo.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- De acuerdo (Si)..... 1
- Desacuerdo (No)..... 2
- No responde 8
- No sabe 9

- 1 Cuidar a las personas del hogar es solo su responsabilidad.....
- 2 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad de la mujer
- 3 Cuidar a las personas del hogar es responsabilidad de usted y demás integrantes de su hogar
- 4 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad del hombre
- 5 Le gusta cuidar a las personas del hogar.....
- 6 El cuidado de las y los integrantes del hogar es responsabilidad tanto de mujeres como de hombres.....
- 7 Se debe enseñar a la mujer (al hombre) que su deber es cuidar a los padres, cónyuge, hijas e hijos
- 8 Cuando una madre tiene un trabajo remunerado, las hijas y los hijos sufren

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

7.13 En general, ¿calificaría su estado de salud como...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- muy bueno? 1
- bueno? 2
- ni bueno ni malo? 3
- malo? 4
- muy malo? 5

HORA DE TÉRMINO :

SECCIÓN 9. MATERNIDAD Y PATERNIDAD ACTIVA

PARA PERSONA ELEGIDA DE 15 A 60 AÑOS

FILTRO 0: ¿LA (EL) INFORMANTE ES LA PERSONA ELEGIDA? (4.69 = 7 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

EXPERIENCIAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación, le preguntaré sobre su infancia y adolescencia, así como la relación que tenía con su padre y madre o las personas que le cuidaban.

CUIDADOR PRINCIPAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.1 Durante su infancia y adolescencia, es decir hasta los 17 años (15 o 16 años), ¿quién o quiénes estuvieron (han estado) principalmente al cuidado de usted? (Aunque no vivieran (vivan) en la misma vivienda).

CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS

- Madre, madrastra o tutora 01
- Padre, padrastro o tutor 02
- Abuela(s) 03
- Abuelo(s) 04
- Hermana(s) 05
- Hermano(s) 06
- Tía(s) 07
- Tíos(s) 08
- Otro(s) familiar(es) 09
- Otro(s) no familiar(es) 10
- Nadie la(lo) cuidó 11

FIGURAS MASCULINAS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.2 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿quién o quiénes fueron (han sido) los hombres importantes en su hogar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Padre (biológico) 1
- Padrastro o tutor 2
- Abuelo(s) 3
- Tío(s) 4
- Hermano(s) 5
- Otro _____ 6
ESPECIFIQUE
- Nadie 7 → *PASE A 9.4*

PARTICIPACIÓN DEL PADRE O FIGURAS MASCULINAS EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR

9.3 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿qué tan frecuente su (PRIMER RESPUESTA EN PREGUNTA 9.2)...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Siempre** 1
- A veces** 2
- Casi nunca** 3
- Nunca** 4
- No aplica 8
- No sabe 9

- 1 **cocinaba o preparaba alimentos?**
- 2 **limpiaba o hacía quehaceres de la vivienda** (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)?
- 3 **le llevaba o recogía de la escuela, guardería o alguna clase?**
- 4 **le ayudaba en las tareas de la escuela?**
- 5 **le cuidaba o atendía cuando se enfermaba?**
- 6 **platicaba con usted de sus amistades, escuela u otros temas de su interés?**

PERCEPCIÓN DE TOMA DE DECISIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.4 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), en su hogar, ¿quién decidía (decide) sobre...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Madre1
- Padre2
- Ambos por igual3
- Abuela4
- Abuelo5
- Otra persona (ESPECIFIQUE)6
- No sabe (no aplica)9

- 1 si su madre podía o no trabajar por un salario? _____
- 2 si se acudía o no al médico? _____
- 3 si las hijas o hijos podían estudiar o seguir estudiando? _____
- 4 si las hijas o hijos podían salir con amistades? _____
- 5 cómo se gastaba el dinero en alimentación o vestimenta? _____
- 6 quiénes realizaban los quehaceres domésticos? _____
- 7 quién se quedaba en casa a cuidar a las hijas o hijos? _____

PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.5 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿generalmente, usted apoyaba (apoya) en su hogar a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No2
- No aplica8

- 1 cocinar o preparar alimentos? _____
- 2 limpiar o hacer quehaceres de la vivienda (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)? _____
- 3 cuidar de sus hermanas, hermanos u otras personas? _____

INICIA APLICACIÓN POR AUTOLLENADO

ENTREVISTADOR(A): RECUERDE ENTREGAR EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLICAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO AL INFORMANTE PARA QUE PUEDA AUTO REGISTRAR SUS RESPUESTAS.

INFORMANTE: LEA LA PREGUNTA Y REGISTRE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA O SELECCIONE AQUELLA CON LA QUE SE IDENTIFIQUE.

PATERNIDAD Y MATERNIDAD

Las siguientes preguntas están relacionadas al tema de maternidad o paternidad. Sus datos son confidenciales, nadie sabrá lo que usted respondió, ni siquiera la persona que le está entrevistando.

CONDICIÓN DE TENER HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.6 ¿Ha tenido usted hijas o hijos nacidos vivos biológicos o propios a lo largo de su vida? Considere hijas o hijos biológicos o propios, aunque nunca hayan vivido con usted, no se hayan reconocido, o que por cualquier razón se criaron con otra(s) familia(s).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
- No 2 → PASE A 9.10

NÚMERO DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.7 ¿Cuántas hijas o hijos biológicos o propios ha tenido a lo largo de su vida?

REGISTRE CON NÚMERO

NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR

9.8 De estas hijas o hijos biológicos o propios, ¿cuántos viven en su hogar?

REGISTRE CON NÚMERO

CON CÓDIGO "00" PASE A 9.9a

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.9 De estas hijas o hijos biológicos o propios que viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años cumplidos?

REGISTRE CON NÚMERO

SEGUNDA PERSONA

FILTRO 1: ¿EL NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR ES IGUAL AL TOTAL DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)? (9.7=9.8)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 9.10

No 2 → CONTINÚE

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

9.9a De las (RESPUESTA EN 9.7 MENOS RESPUESTA EN 9.8) hija(s) o hijo(s) que no viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años?

REGISTRE CON NÚMERO

CONDICIÓN DE TENER HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS

9.10 ¿Usted tiene hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), de 0 a 17 años?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A FILTRO 2

NÚMERO DE HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.11 De estas hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), ¿cuántos viven con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

FILTRO 2: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS), HIJASTRAS(OS) O ADOPTIVOS DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 = 1 O MÁS Y/O 9.9a = 1 O MÁS Y/O 9.10 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A FILTRO 3

No 2 → REGRESE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A). ENTREVISTADOR(A): AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

FILTRO 3: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 4

USO DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

9.12 Pensando en sus hijas e hijos de 0 a 17 años, ¿usted ha hecho uso de la licencia de maternidad o permiso de paternidad que otorgan en el trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

No tenía la prestación en el trabajo 3

No tenía trabajo o nunca ha trabajado 4

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ELEGIDA ES HOMBRE Y DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (3.4 = 1 y 9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 5

ÚLTIMA HIJA O HIJO NACIDO VIVO

Ahora se le preguntarán algunas características relacionadas con su última hija o hijo nacido vivo biológico o propio. Recuerde que la información es totalmente confidencial.

ACOMPANIAMIENTO A CONSULTAS PRENATALES

9.13 Durante el último embarazo, ¿usted acompañó a la madre de su hija o hijo a consultas o estudios prenatales?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

ACOMPANIAMIENTO DURANTE EL NACIMIENTO DE SU ÚLTIMA(O) HIJA(O)

9.14 ¿Usted acompañó a la madre de su última hija o hijo en el hospital o clínica durante el nacimiento de su hija(o)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

PARTICIPACIÓN EN CUIDADOS DE LA(DEL) RECIÉN NACIDA(O)

9.15 Pensando en su última hija o hijo, durante su primer mes de vida, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
No.....2

- 1 apoyó para darle de comer o beber?
- 2 le bañó, aseó (cambió pañales), vistió o arregló?
- 3 estuvo al pendiente de sus cuidados?

FILTRO 5: ¿LA PERSONA ELEGIDA TIENE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO FUERA DEL HOGAR? (9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
No.....2 → PASE A FILTRO 6

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

A continuación, se le preguntará sobre sus hijas e hijos biológicos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar.

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.16 Pensando en sus hijas o hijos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
No.....2
No aplica8

- 1 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?
- 2 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?
- 3 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?
- 4 está al pendiente de sus calificaciones en la escuela?
- 5 asiste a reuniones o festivales escolares?

PERCEPCIÓN DE RELACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.17 En general, ¿cómo calificaría la relación que tiene con sus hijas o hijos de 0 a 17 años que no viven con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Muy buena.....1
Buena.....2
Mala.....3
Muy mala.....4
Ni buena ni mala.....5

DÍAS DE CONVIVENCIA CON HIJAS O HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.18 ¿Cuántos días de la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

De 6 a 7 días a la semana.....1
De 3 a 5 días a la semana.....2
De 1 a 2 días a la semana.....3
Una vez a la quincena.....4
Una vez al mes.....5
Otro periodo.....6
Ninguno.....7

} PASE A 9.20

SEGUNDA PERSONA

TIEMPO DE CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.19 Regularmente, ¿cuántas horas a la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más.....98

COMUNICACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.20 ¿Cuántos días de la semana tiene contacto por teléfono, mensajes de texto, videollamadas o similares con esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- De 6 a 7 días a la semana..... 1
- De 3 a 5 días a la semana..... 2
- De 1 a 2 días a la semana..... 3
- Una vez a la quincena 4
- Una vez al mes 5
- Otro periodo..... 6
- Ninguno 7

APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.21 De esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted, ¿cuánto dinero le(s) proporcionó en apoyo económico o en especie en el último mes?

REGISTRE CON NÚMERO

- Nada 00 000
- \$90 mil o más 90 000
- No sabe 99 999

\$ _____, _____

CON CÓDIGO "00 000" REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A)

PROPORCIÓN DE APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.22 En general, ¿cuánto considera que cubre su apoyo económico o en especie las necesidades de alimentación, médicas, escolares u otras de esta(s) hija(s) o hijo(s)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Todo 1
- Más de la mitad 2
- La mitad 3
- Menos de la mitad 4
- Nada 5
- No sabe..... 9

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO A LA ENTREVISTADORA O ENTREVISTADOR.

FILTRO 6: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR? (9.9 Y/O 9.11 = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1 → CONTINÚE
- No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR

A continuación le preguntaré por la vida cotidiana con sus hijas, hijos, hijastras o hijastros de 0 a 17 años que viven con usted.

CONDICIÓN DE REMORDIMIENTO

9.23 Algunas personas sienten culpa o remordimiento por irse a trabajar y no estar todo el tiempo con sus hijas o hijos, ¿a usted le ha pasado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1
 No..... 2
 No tenía trabajo o nunca ha trabajado..... 3
- } PASE A 9.25

FRECUENCIA DE REMORDIMIENTO

9.24 ¿Con qué frecuencia le ha sucedido esto?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Siempre 1
 Algunas veces 2
 Casi nunca..... 3

CONDICIÓN DE EXPERIMENTAR SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA

9.25 De las siguientes situaciones, dígame si se aplican a la vida cotidiana en su hogar.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí..... 1
 No..... 2
 No aplica 8

- 1 ¿Regularmente, convive poco tiempo con sus hijas o hijos debido al trabajo o quehaceres domésticos?
- 2 ¿Trabajaría menos si eso significa poder convivir más tiempo con sus hijas o hijos?
- 3 ¿En general, tiene la responsabilidad principal de mantener económicamente a su hogar?
- 4 ¿Usted es la persona que dedica más tiempo al cuidado de las hijas o hijos?
- 5 ¿Cree que si la relación con su pareja se termina perdería el contacto con sus hijas o hijos?

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

9.26 Pensando en sus hijas o hijos (hijastras o hijastros) de 0 a 17 años que viven en su hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí..... 1
 No..... 2
 No aplica 8

- 1 les asigna responsabilidades dentro del hogar?
- 2 comparte con ellas o ellos alguna comida durante el día (desayuno, comida o cena)?
- 3 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?
- 4 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?
- 5 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?
- 6 sabe a dónde van cuando salen con sus amistades?

AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA.

HORA DE TÉRMINO :

TERCERA PERSONA

SECCIÓN 5. CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y LABORALES

PARA PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL

ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nombre de la persona _____ Número de renglón [] [] Edad [] []

A continuación le haré unas preguntas que están dirigidas a usted y otras de su situación laboral.

CONDICIÓN DE HABLA INDÍGENA

5.1 ¿Usted habla algún dialecto o lengua indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

ESTADO CONYUGAL

5.2 ¿Actualmente usted...

LEA HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

vive con su pareja en unión libre? 1

está separada(o)? 2

está divorciada(o)? 3 } PASE A 5.4

es viuda(o)? 4 }

está casada(o)? 5

está soltera(o)? 6 → PASE A 5.4

IDENTIFICACIÓN DEL CÓNYUGE

5.3 ¿Su cónyuge o pareja forma parte de este hogar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

↓

5.3a ¿Quién es su pareja o cónyuge?

REGISTRE EL NÚMERO DE RENGLÓN DEL CÓNYUGE O PAREJA

[] []

No 2

AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.4 Por sus costumbres y tradiciones, ¿usted se considera indígena?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 } PASE A 5.6

No sabe 9 }

RAZÓN DE AUTOADSCRIPCIÓN INDÍGENA

5.5 ¿Se considera indígena principalmente...

LEA LAS OPCIONES HASTA OBTENER UNA RESPUESTA AFIRMATIVA Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

porque habla lengua indígena? 1

porque nació o pertenece a una comunidad indígena? 2

porque su madre, padre o abuela(o) hablan o hablaban lengua indígena? 3

por sus rasgos físicos (tono de piel, facciones)? 4

por ser mexicana(o)? 5

Otro _____ 6

ESPECIFIQUE

TERCERA PERSONA

JORNADA DE TRABAJO

5.12 ¿Su jornada de trabajo es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1

de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2

mixto? 3

rola turnos? 4

No tiene horario o su horario no es fijo 5

} PASE
A 5.13

HORARIO LABORAL

5.12a Entonces, ¿su horario es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

por la mañana? 1

por la tarde? 2

por la mañana y por la tarde? 3

HORAS TRABAJADAS

5.13 ¿Cuántas horas trabajó usted la semana pasada?

REGISTRE CON NÚMERO

--	--

 HORAS

TIEMPO DE TRASLADO AL TRABAJO

5.14 Considerando ida y vuelta, ¿cuánto tiempo hace regularmente de su casa a su lugar de trabajo o actividad?

REGISTRE CON NÚMERO

Trabaja en casa (Home Office) 00 00 → PASE A 5.17

--	--	--	--

 HORAS : MINUTOS

GASTO EN TRANSPORTE

5.15 Regularmente, ¿cuánto gasta a la semana en transporte para ir a su lugar de trabajo o actividad? Incluya ida y vuelta.

REGISTRE CON NÚMERO

Nada 00 000

\$

--	--	--	--	--

 CANTIDAD

MODO DE TRANSPORTE

5.16 ¿Qué medios de transporte utiliza regularmente para ir y regresar de su trabajo o actividad?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Caminando 01

Bicicleta propia 02

Bicicleta de transporte público..... 03

Metro, tren ligero, tren suburbano 04

Trolebús 05

Metrobús (autobús en carril confinado) 06

Camión, autobús, combi, colectivo 07

Transporte de personal..... 08

Taxi (sitio, calle, otro) 09

Taxi (App internet)..... 10

Motocicleta o motoneta..... 11

Automóvil o camioneta 12

Otro 13

CONDICIÓN DE CAMBIO DE TRABAJO

5.17 ¿A usted le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 5.19

No 2

RAZONES PARA NO CAMBIARSE DE TRABAJO

5.18 ¿Por qué no le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Buen horario (sale temprano, su horario es flexible, se adapta a sus necesidades) 01

Le pagan bien/gana lo suficiente 02

Tiene prestaciones (servicio médico, aguinaldo, guardería, etcétera) 03

Le queda cerca 04

Le gusta lo que hace 05

Hay buen ambiente de trabajo 06

Flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07

Su jefa(e) es flexible o se lleva bien 08

Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09

Otra _____ 10

ESPECIFIQUE

} *PASE A 5.20*

RAZONES PARA CAMBIARSE DE TRABAJO

5.19 ¿Por qué le gustaría cambiar de trabajo?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

No le gusta el horario/ jornada muy larga 01

No le pagan bien/ gana poco 02

No tiene prestaciones 03

Le queda muy lejos 04

No le gusta lo que hace 05

Hay mal ambiente de trabajo 06

Tener flexibilidad para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela... 07

No se lleva bien con su jefa(e) o es inflexible 08

Para no descuidar su casa o estar al pendiente de sus hijas(os)..... 09

Otra _____ 10

ESPECIFIQUE

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

5.20 ¿Está satisfecha(o) en su trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

CAMBIAR DE HORARIO

5.21 Manteniendo el número de horas que usted trabaja a la semana y lo que gana, ¿le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → *PASE A FILTRO 1*

RAZONES PARA CAMBIAR HORARIO

5.22 ¿Por qué le gustaría cambiar su horario?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Para dedicar más tiempo a su hogar 1

Para dedicar más tiempo al cuidado de sus hijas(os) 2

Para cuidar a sus padres u otros familiares enfermos o adultos mayores (diferentes a sus hijas(os)) 3

Para estudiar o aprender otras cosas 4

Para dedicar tiempo a su persona 5

Otra razón _____ 6

ESPECIFIQUE

JORNADA PREDILECTA

5.23 La jornada que le gustaría para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.) 1

de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2

mixto? 3

rolar turnos? 4

Sin horario fijo 5

} *PASE A FILTRO 1*

HORARIO LABORAL

5.23a Entonces, ¿el horario que le gustaría es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

por la mañana? 1

por la tarde? 2

por la mañana y por la tarde? 3

TERCERA PERSONA

FILTRO 1: ¿TRABAJÓ MENOS DE 35 HORAS LA SEMANA PASADA? (5.13 < 35)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 2

INCREMENTO DE JORNADA LABORAL

5.24 ¿Considera que le queda tiempo a la semana para laborar más horas de las que actualmente trabaja?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 5.26

Sí, pero no le interesa trabajar más horas 2

No 3 → PASE A FILTRO 2

RAZÓN PRINCIPAL PARA NO INCREMENTAR SU JORNADA

5.25 ¿Cuál es la razón principal por la que no trabajaría más tiempo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Con lo que gana es suficiente.....01
- El trabajo que realiza es intenso, peligroso o agotador02
- No cuenta con instrucción, experiencia o papeles para un empleo de tiempo completo03
- No hay trabajo en su localidad.....04
- Los trabajos que hay no le interesan05
- La actividad o el negocio no da para trabajar más horas06
- Inseguridad pública.....07
- Labores domésticas en su propio hogar08
- Cuidado de personas de su familia.....09
- No lo aprobaría un familiar.....10
- Enfermedad, salud o discapacidad.....11
- Edad.....12
- Retiro o jubilación13
- Estudia14
- Realiza alguna actividad voluntaria en beneficio de la comunidad, congregación o medio ambiente15
- Valora el tiempo dedicado a su familia, recreación o vida privada16
- Otra razón de condiciones de trabajo o mercado laboral17
- Otra razón personal o familiar.....18

PASE A FILTRO 2

TIEMPO PARA INICIAR JORNADA EXTENDIDA

5.26 ¿A partir de cuándo podría comenzar a trabajar más horas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Inmediatamente, esta semana 1
- La próxima semana 2
- En 2 semanas 3
- Más de 2 semanas hasta 1 mes 4
- Más de 1 mes hasta 3 meses 5
- Más de 3 meses 6
- Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales..... 7
- No sabe 9

DETERMINACIÓN PREVIA DE AUMENTO DE JORNADA

5.27 ¿Ya había pensado en trabajar más horas antes de esta entrevista?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
- No 2
- Titubea, no da una respuesta clara 3

FILTRO 2: ¿ES TRABAJADOR(A) SUBORDINADO(A) (5.9 = 1, 2, 3 o 6)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 5

FLEXIBILIDAD EN EL TRABAJO

5.28 En su lugar de trabajo, ¿le permiten...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No2
- No aplica8

1 tomarse los días festivos?

2 tomar sus vacaciones con goce de sueldo?

CON CÓDIGO 2 PREGUNTE

2a tomar sus vacaciones sin goce de sueldo?

3 tener a sus hijas o hijos en su lugar de trabajo?

4 ausentarse de su lugar de trabajo o tener horario especial para estudiar o capacitarse?

5 ausentarse del lugar de trabajo para cuidar a sus hijas, hijos o familiares enfermos (excluye licencias)?

6 ausentarse unas horas para hacer algún trámite (excluye por cuidados)?

7 tener tiempo de lactancia materna (llegar tarde o salir temprano por tener lactancia, ir a la guardería a amamantar a su bebé)?

PASE A
FILTRO 5

POBLACIÓN NO OCUPADA (BUSCADORAS Y POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA)

FILTRO 3: ¿LA PERSONA BUSCÓ TRABAJO Y NO TRABAJA ACTUALMENTE (5.6 = 3 Y 5.8 = 7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1 → PASE A 5.33
- No2 → CONTINÚE

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ES POBLACIÓN NO ECONÓMICAMENTE ACTIVA (5.6 = (4, 5, 6, 8) Y 5.8 = 7 O 5.6=7)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1 → CONTINÚE
- No2 → PASE A FILTRO 5

INTERÉS EN TRABAJAR

5.29 Actualmente, ¿usted desea trabajar para obtener un ingreso?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1
 - No 2
 - Manifiesta que no puede 3
- } PASE A 5.32

TERCERA PERSONA

RAZONES PARA NO BUSCAR TRABAJO

5.30 Si tiene interés en trabajar, ¿cuál es la razón principal por la que no trabaja o no ha buscado trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Está esperando la respuesta a una solicitud o está apalabrado con un patrón que lo llamará en fecha próxima01
- No hay trabajo en su especialidad, oficio o profesión02
- No cuenta con la escolaridad, los papeles o la experiencia necesaria para realizar un trabajo 03
- Piensa que por su edad o por su aspecto no lo aceptarían en un trabajo04
- En su localidad no hay trabajo o solo se realiza en ciertas temporadas del año05
- La inseguridad pública o el exceso de trámites lo desalientan a iniciar una actividad06
- Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....07
- Está embarazada.....08
- No tiene quién le cuide a sus hijas(os), personas adultas mayores o personas enfermas09
- No la(o) deja un familiar.....10
- Otras razones de mercado11
- Otras razones personales.....12

TIEMPO PARA COMENZAR A TRABAJAR

5.31 ¿A partir de qué momento estaría disponible para trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Inmediatamente, esta semana..... 1
 - La próxima semana2
 - En 2 semanas3
 - Más de 2 semanas hasta 1 mes.....4
 - Más de 1 mes hasta 3 meses5
 - Más de 3 meses.....6
 - Condicionó su respuesta a resolver asuntos personales ...7
 - No sabe.....9
- } PASE A 5.33

RAZONES POR LAS QUE NO DESEA TRABAJAR

5.32 ¿Por qué no desea (no puede) trabajar?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Falta de instrucción, experiencia o papeles..... 1
 - No le dejarían o no le darían permiso.....2
 - No le interesan los trabajos que hay3
 - Condiciones físicas o de salud4
 - No quiere trabajar más5
 - En este momento de su vida, tener un trabajo no es su objetivo6
 - No tiene quién le cuide a sus hijas e hijos, personas adultas mayores o enfermas(os)7
 - Otra.....8
- ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE HABER TRABAJADO

5.33 ¿Ha trabajado alguna vez en su vida?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 5
- No..... 2

RAZÓN POR LA QUE NUNCA HA TRABAJADO

5.34 ¿Cuál es la razón principal por la que nunca ha trabajado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- No cuenta con la experiencia, capacitación o escolaridad requerida/ está estudiando1
 - Nunca lo ha necesitado o no ha querido2
 - Siempre se ha dedicado a los quehaceres del hogar.....3
 - Porque tiene que cuidar a sus hijas, hijos y otros familiares4
 - Espera recuperarse de una enfermedad o accidente.....5
 - Su pareja no la(o) deja o prefiere que se quede en casa.....6
 - Falta de oportunidades de trabajo7
 - Ofrecen sueldos muy bajos8
 - Otra razón9
- ESPECIFIQUE

CONDICIONES SOLICITADAS PARA INCORPORARSE AL MERCADO LABORAL

REQUISITOS SOLICITADOS PARA ACEPTAR UN TRABAJO

5.35 ¿Qué condiciones laborales debe ofrecerle un trabajo para que usted decida trabajar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Medio tiempo..... 1
- Cercanía del hogar..... 2
- Buen ingreso..... 3
- Guardería para cuidar a sus hijas e hijos o algún familiar enfermo, adulta mayor o con discapacidad 4
- Servicio médico..... 5
- Flexibilidad en el trabajo para salir a recoger a sus hijas(os) a la escuela 6
- Otras condiciones _____ 7
ESPECIFIQUE
- No le interesa, no quiere trabajar o está a gusto sin trabajar 8 → PASE A FILTRO 5

DURACIÓN DE LA JORNADA LABORAL

5.36 ¿La jornada de trabajo diaria que aceptaría es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- menos de 8 horas diarias (menos de 40 horas a la semana)? 1
- 8 horas diarias (40 horas a la semana)? 2
- más de 8 horas diarias? 3

DÍAS DE TRABAJO QUE ACEPTARÍA

5.37 ¿Usted podría trabajar...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de lunes a viernes? 1
- solo los fines de semana? 2
- solo unos días entre semana? 3
- unos días entre semana y otro en fin de semana? 4

JORNADA LABORAL REQUERIDA

5.38 La jornada que le conviene para trabajar, ¿es...

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- de día? (entre las 6:00 a.m. y las 8:00 p.m.)..... 1
 - de noche? (entre las 8:00 p.m. y las 6:00 a.m.) 2
 - mixto? 3
 - rolar turnos? 4
 - Sin horario fijo 5
- } PASE A FILTRO 5

HORARIO LABORAL

5.38a Entonces, ¿el horario de trabajo que le conviene es...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- por la mañana? 1
- por la tarde? 2
- por la mañana y por la tarde? 3

FILTRO 5: ¿ES HOGAR UNIPERSONAL (4.69= 8)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → FILTRO 6
- No 2 → PASE A SECCIÓN 6

FILTRO 6: ¿CUIDA A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí..... 1 → PASE A FILTRO 9 DE SECCIÓN 6
- No 2 → PASE A FILTRO 11 DE SECCIÓN 6

SECCIÓN 6. ACTIVIDADES DE CUIDADOS E IMPACTOS EN LAS PERSONAS CUIDADORAS

A continuación le preguntaré por los cuidados que se otorgan a las y los integrantes de su hogar.
 (ATENCIÓN ENTREVISTADOR(A): SI ESTÁ CON UNA PERSONA DIFERENTE DE LA QUE RESPONDIÓ LA SECCIÓN 4, ENTREGUE TARJETA 2 Y SIGA LAS INSTRUCCIONES DEL MANUAL).

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD

FILTRO 1: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR CON DISCAPACIDAD?
 (4.69 = 1 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE
 No2 → PASE A FILTRO 2

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.1 (NOMBRE(S)) necesita(n) cuidados por las dificultades que tiene(n) para realizar distintas actividades de la vida diaria.
 La semana pasada, ¿usted le(s) dio de comer, baño, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1
 No2 → PASE A FILTRO 2

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

6.2 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
 No.....2

- 01 le dio de comer o ayudó a hacerlo?
- 02 la(o) ayudó a vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?
- 03 le cambió pañales o ayudó a hacerlo?
- 04 la(o) ayudó o apoyó a bañarse, asearse, peinarse o a ir al baño?
- 05 la(o) ayudó a subir o bajar escaleras?
- 06 la(o) ayudó a desplazarse por la casa?
- 07 la(o) acompañó a salir o caminar por la calle?
- 08 la(o) ayudó a acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?
- 09 la(o) llevó al médico o a consultas médicas?
- 10 le dio sus medicamentos, inyectó o revisó signos vitales?
- 11 le hizo curaciones o realizó vendajes?
- 12 le dio alguna terapia especial o física?
- 13 le aplicó algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?
- 14 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 15 Otra

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.3 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1
 No2 → PASE A 6.5

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.4 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1
 No.....2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?
- 2 personal de la institución u hospital privado?
- 3 Otro

ESPECIFIQUE

MEDIO PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.5 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Automóvil propio 1
- Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida 2
- Taxi, Uber u otro taxi de aplicación 3
- Camión, colectivo, o pesero 4
- Motocicleta 5
- Caminando 6
- Otro 7
ESPECIFIQUE
- No realiza esta actividad 8

TIEMPO QUE LLEVA BRINDANDO CUIDADOS

6.6 ¿Cuánto tiempo lleva cuidando a (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

No sabe 99 99

 AÑOS MESES

HORAS DE APOYO

6.7 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

HORAS

PAGO POR CUIDADO

6.8 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

6.8a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más 9 000

No responde 9 888

\$,

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.9 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 tiene dificultad para ayudarle porque a usted le falta fuerza física?
- 2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor?
- 3 cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría capacitación especializada?
- 4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados?

EFEECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL CUIDADOR(A)

El cuidar a una persona puede afectar de diferentes maneras a la persona cuidadora, lo cual es completamente normal. En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.10 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 su relación con los integrantes de su hogar?
- 2 su relación con los demás miembros de su familia (ajenos a su hogar)?
- 3 su convivencia con amistades?
- 4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera?
- 5 su tiempo libre?
- 6 la convivencia con su pareja?
- 7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo?
- 8 encontrar una pareja afectiva o casarse?

TERCERA PERSONA

EFFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.11 ¿Por el cuidado que usted otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

1 se ha deteriorado su salud física?.....

2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión?.....

3 se siente cansada(o)?.....

4 se siente deprimida(o)?.....

5 se siente irritada(o)?.....

6 ha disminuido su tiempo de sueño?.....

7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello?.....

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.12 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa?.....

2 ha tenido que dejar de trabajar?.....

3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)?.....

4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional?.....

5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales?.....

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 2: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 0 A 5 AÑOS SIN DISCAPACIDAD? (4.69 = 2 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE

No..... 2 → PASE A FILTRO 3

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.13 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, bañó, ayudó a vestirse, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1

No..... 2 → PASE A FILTRO 3

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 0 A 5 AÑOS

6.14 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

01 le dio de comer?.....

02 la(o) bañó, aseó, vistió o arregló?.....

03 la(o) cargó o acostó?.....

04 la(o) llevó o recogió de la guardería, kinder o escuela?.....

05 le dio alguna terapia especial o física?.....

06 la(o) ayudó a hacer tareas escolares?.....

07 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?.....

08 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?.....

09 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?.....

10 Otra.....

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 3: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 6 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD ?
(4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 6

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 6 A 11 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 4: ¿CUIDÓ A MENORES DE 6 A 11 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGÚN NIÑA O NIÑO DE 6 A 11 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 5

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.15 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A FILTRO 5

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 6 A 11 AÑOS

6.16 Ahora le preguntaré por el cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No2

1 le dio de comer?

2 la(o) ayudó a bañarse, asearse, vestirse o arreglarse?

3 la(o) llevó o recogió de la escuela?

4 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?

5 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?

6 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?

7 le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?

8 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?

9 Otra _____

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 12 A 17 AÑOS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 5: ¿CUIDÓ MENORES DE 12 A 17 AÑOS? (4.69 = 3 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA Y 3.5 = ALGUNA PERSONA DE 12 A 17 AÑOS).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 6

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA NIÑAS(OS) DE 12 A 17 AÑOS

6.17 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) _____ ?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No2 → PASE A FILTRO 6

TERCERA PERSONA

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 12 A 17 AÑOS

6.18 Ahora me referiré al cuidado que le(s) dio.

La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la escuela?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o física?
- 3 la(o) ayudó a hacer las tareas escolares?
- 4 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 5 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 6 platicó, jugó o realizó actividades de esparcimiento con ellas (ellos)?
- 7 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD

FILTRO 6: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR DE 60 AÑOS Y MÁS SIN DISCAPACIDAD? (4.69= 4 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 7

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.19 La semana pasada a (NOMBRE(S)), ¿usted le(s) dio de comer, le(s) dio algún medicamento, acompañó, trasladó, entre otros?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
No 2 → PASE A FILTRO 7

ACTIVIDADES DE CUIDADO PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

6.20 La semana pasada, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
No 2

- 1 la(o) llevó o recogió de la casa de día, clases, trabajo o para hacer algún trámite?
- 2 la(o) ayudó o apoyó a hacer alguna terapia especial o a realizar los ejercicios?
- 3 la(o) llevó, recogió o esperó para que recibiera atención de salud?
- 4 le(s) hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?
- 5 Otra

ESPECIFIQUE

IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR QUE ESTÁN ENFERMAS, LESIONADAS O TUVIERON UN ACCIDENTE

FILTRO 7: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDÓ A ALGUNA PERSONA DEL HOGAR ENFERMA, LESIONADA O QUE TUVO UN ACCIDENTE? (4.69 = 5 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1 → CONTINÚE
No 2 → PASE A FILTRO 8

CONDICIÓN DE ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.21 La semana pasada, ¿usted hizo actividades para el cuidado de (NOMBRE(S)) por su enfermedad, lesión o accidente?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
No 2 → PASE A FILTRO 8

ACTIVIDADES DE CUIDADO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD TEMPORAL

6.22 ¿Usted la(o) ayudó o apoyó a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 01 comer?
- 02 vestirse, desvestirse (cambiar de ropa), ponerse o quitarse zapatos?.....
- 03 cambiar pañales?
- 04 bañarse, asearse, peinarse o ir al baño?.....
- 05 subir o bajar escaleras?
- 06 desplazarse por la casa?.....
- 07 salir o caminar por la calle?.....
- 08 acostarse o levantarse de la cama, sentarse o incorporarse?.....
- 09 llevarla(o) al médico o a consultas médicas?
- 10 tomar medicamentos, inyectarla(o), revisar signos vitales?
- 11 hacer curaciones, realizar vendajes?
- 12 aplicarle algún tratamiento como diálisis, extraer flemas, cuidado de sondas, etcétera?.....
- 13 darle alguna terapia física?.....
- 14 ¿Le hizo compañía o estuvo al pendiente (en la misma vivienda)?.....
- 15 Otra _____

ESPECIFIQUE

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.23 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar los cuidados que mencionó?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1

No.....2 → PASE A FILTRO 8

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.24 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí.....1

No.....2

- 1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?.....
- 2 personal de una institución u hospital privado?.....
- 3 Otro _____

ESPECIFIQUE

FILTRO 8: ¿LA (EL) INFORMANTE CUIDA O APOYA A PERSONAS DE SU HOGAR DE 0 A 17 AÑOS, 60 AÑOS Y MÁS O PERSONAS ENFERMAS TEMPORALES? (6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No.....2 → PASE A FILTRO 9

TERCERA PERSONA

MEDIOS PARA TRASLADAR A LA PERSONA CUIDADA

6.25 ¿Qué medios de transporte utiliza para llevar o recoger a (NOMBRE(S)) de algún lugar, por ejemplo, llevarla(o) a consultas o terapias, entre otros?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Automóvil propio1
 - Automóvil de algún familiar, amistad o persona conocida2
 - Taxi, Uber u otro taxi de aplicación3
 - Camión colectivo, pesero4
 - Motocicleta5
 - Caminando6
 - Otro7
 - No realiza esta actividad8
- ESPECIFIQUE*

HORAS DE APOYO

6.26 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado de (NOMBRE(S))?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más 98

| | |

PAGO POR CUIDADO

6.27 Por brindar cuidados a (NOMBRE(S)), ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar o de su familia?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1



6.27a ¿Con cuánto la(o) apoyan al mes?

REGISTRE CON NÚMERO

\$9 000 o más9 000

No responde9 888

\$ | | , | | | |

No 2

PERCEPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO REALIZADAS

6.28 Cuando realiza las actividades de cuidado, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 tiene dificultad para ayudarle porque a usted le falta fuerza física? | |
- 2 piensa que la persona a la que cuida no coopera o se resiste cuando le ayuda con esa labor? | |
- 3 cree que para llevar a cabo los cuidados que realiza necesitaría capacitación especializada? | |
- 4 requiere que otra persona le apoye para realizar los cuidados? | |

EFFECTO DEL CUIDADO EN LAS RELACIONES SOCIALES DEL (LA) CUIDADOR(A)

En la siguiente pregunta siéntase con la libertad de responder lo que piensa. Recuerde que la información es confidencial.

6.29 ¿El cuidar a (NOMBRE(S)) le ha afectado a usted en...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

No aplica 8

- 1 su relación con los integrantes de su hogar? | |
- 2 su relación con los demás miembros de su familia? | |
- 3 su convivencia con amistades? | |
- 4 su desarrollo para estudiar algún oficio o carrera? | |
- 5 su tiempo libre? | |
- 6 la convivencia con su pareja? | |
- 7 su convivencia con compañeras(os) de trabajo? | |
- 8 encontrar una pareja afectiva o casarse? | |

EFFECTOS DEL CUIDADO EN LA SALUD DEL (LA) CUIDADOR(A)

6.30 ¿Por el cuidado que usted les otorga...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 se ha deteriorado su salud física? | |
- 2 ha recibido terapia para tratar ansiedad, angustia, nervios o depresión? | |
- 3 se siente cansada(o)? | |
- 4 se siente deprimida(o)? | |
- 5 se siente irritada(o)? | |
- 6 ha disminuido su tiempo de sueño? | |
- 7 ha desarrollado alguna enfermedad o se le ha agravado a consecuencia de ello? | |

EFFECTOS ECONÓMICOS DEL CUIDADO

6.31 Por el cuidado que da a esta(s) persona(s), ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1

No 2

- 1 está imposibilitada(o) para trabajar fuera de casa? | |
- 2 ha tenido que dejar de trabajar? | |
- 3 ha tenido que reducir sus gastos o pedir dinero prestado (problemas económicos)? | |
- 4 ha perdido alguna promoción o se ha visto afectada su vida profesional? | |
- 5 ha tenido que reducir su jornada de trabajo o tiene problemas para cumplir sus horarios laborales? | |

APOYO A PERSONAS DE OTROS HOGARES

FILTRO 9: ¿LA (EL) INFORMANTE BRINDA CUIDADO A OTROS HOGARES? (4.69 = 6 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 10

Ahora le voy a preguntar si realiza actividades para otros hogares.

APOYO Y CUIDADO A PERSONAS DE OTROS HOGARES	HORAS DE APOYO	PAGO O APOYO POR CUIDADO		PARENTESCO CON LAS PERSONAS DE OTROS HOGARES	CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO	
<p>6.32 Durante la semana pasada, ¿usted...</p> <p>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN</p> <p>CON CÓDIGO 1, PREGUNTE DE 6.33 A 6.37, SEGÚN CORRESPONDA</p> <p>Sí.....1 →</p> <p>No.....2 ↓</p>	<p>6.33 En promedio, ¿cuántas horas a la semana dedica de manera EXCLUSIVA al cuidado o apoyo de estas personas?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>98 o más..... 98</p>	<p>6.34 Aunque ya me dijo que lo hizo de manera gratuita, ¿usted recibe algún apoyo económico o en especie de su hogar, familia o del hogar al que apoya?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↴</p> <p>6.34a ¿Con cuánto la (lo) apoyan al mes?</p> <p>REGISTRE CON NÚMERO</p> <p>\$9 000 o más 9 000</p> <p>No responde..... 9 888</p> <p>No..... 2</p>		<p>6.35 ¿Qué son de usted las personas de otros hogares a las que cuidó o apoyó?</p> <p>REGISTRE LOS CÓDIGOS DE LAS DOS PRIMERAS PERSONAS INDICADAS</p> <p>Madre01</p> <p>Padre02</p> <p>Suegra03</p> <p>Suegro04</p> <p>Hija05</p> <p>Hijo06</p> <p>Nieta07</p> <p>Nieto08</p> <p>Hermana09</p> <p>Hermano10</p> <p>Sobrina11</p> <p>Sobrino12</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....13</p>	<p>6.36 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para otorgar estos cuidados?</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>Sí.....1 ↴</p> <p>6.37 ¿A usted la (lo) capacitó o entrenó...</p> <p>REGISTRE UN SOLO CÓDIGO</p> <p>personal del IMSS, ISSSTE o DIF?1</p> <p>personal de una institución u hospital privado?2</p> <p>Otro (ESPECIFIQUE).....3</p> <p>No2</p>	
	→	6.34	→ 6.34a	→	6.36	6.37
	HORAS	CÓDIGO	CANTIDAD	CÓDIGO	CÓDIGO	CÓDIGO
<p>1 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado y/o atención de personas enfermas o con discapacidad? (llevarlas y/o recogerlas al médico, darles medicamentos, prepararles alimentos especiales o darles de comer, hacerles compañía, ayudar a bañarlas o asearlas).....</p>			\$			
<p>2 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de niñas o niños menores de hasta 17 años? (asearlos, hacerles compañía, darles de comer, jugar, platicar, llevarlos o recogerlos de la escuela).....</p>			\$			
<p>3 ayudó a otro(s) hogar(es), de manera gratuita, en el cuidado de personas de 60 años y más? (hacerles compañía, darles de comer, platicar, llevarlos y recogerlos a algún lugar).....</p>			\$			

TERCERA PERSONA

PARA TODOS LOS CUIDADORES DE PERSONAS DEL HOGAR

FILTRO 10: ¿LA (EL) INFORMANTE ES CUIDADOR(A) DE PERSONAS DE SU HOGAR Y/O DE OTROS HOGARES?
 (6.1 = 1 Y/O 6.13 = 1 Y/O 6.15 = 1 Y/O 6.17 = 1 Y/O 6.19 = 1 Y/O 6.21 = 1 Y/O (6.32 = ALGÚN CÓDIGO 1 EN OPCIONES 1 A 3)).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → PASE A FILTRO 11

MOTIVO POR EL QUE ES CUIDADOR(A)

6.38 A las personas que declaró cuidar, ¿usted las cuida por...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

obligación? 1

decisión familiar? 2

ser la (el) única(o) que podía? 3

petición de quien necesita el cuidado? 4

iniciativa propia? 5

SATISFACCIÓN CON ACTIVIDADES DE CUIDADO Y TIEMPO LIBRE

6.39 Derivado de los cuidados que usted otorga, ¿está satisfecha(o) con...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No 2

1 su tiempo libre? } PASE A 6.42

2 el tiempo de cuidado que dedica a las personas de su hogar?

3 la ayuda o apoyo que recibe para realizar los cuidados?

FILTRO 11: ¿ES PERSONA ELEGIDA Y/O HOGAR UNIPERSONAL (4.69 = 7 Y/O 8 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí.....1 → CONTINÚE

No2 → TERMINE LA ENTREVISTA

CONDICIÓN DE CAPACITACIÓN EN EL CUIDADO

6.40 ¿Usted ha recibido algún tipo de capacitación o entrenamiento para brindar cuidados?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.42

CAPACITADOR EN EL CUIDADO

6.41 ¿A usted la(o) capacitó o entrenó...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1

No..... 2

1 personal del IMSS, ISSSTE o DIF?

2 personal de una institución u hospital privado?

3 Otro _____
ESPECIFIQUE

PARA LAS PERSONAS CUIDADORAS DE 15 AÑOS Y MÁS Y/O PERSONAS ELEGIDAS Y/O HOGARES UNIPERSONALES

BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.42 De octubre de 2021 a la fecha, ¿usted ha buscado directamente alguna guardería, casa del abuelo o asilo para llevar a alguna de las o los integrantes de su hogar o de otros hogares?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A 6.45

COBERTURA DE SERVICIOS DE CUIDADO POR EL MERCADO

6.43 Las características y servicios ofrecidos por este tipo de lugares, ¿cumplieron con lo que buscaba?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 6.46

No 2

RAZONES DE NO SATISFACCIÓN DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.44 ¿Cuáles son las razones por las que no cumplieron sus necesidades?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

Costo elevado 01

Personal no capacitado 02

Lejanía del centro de cuidado 03

Instalaciones o herramientas inadecuadas 04

No cuentan con servicio de traslados 05

Tienen lista de espera (cupó insuficiente) 06

No tienen flexibilidad de horarios 07

Carecen de servicio de alimentos o no cuidan la dieta 08

No aceptan personas con movilidad limitada 09

No otorgan cuidados especializados (tratamientos, terapias, etcétera) 10

Otra razón 11

ESPECIFIQUE

PASE A 6.46

RAZONES DE NO BÚSQUEDA DE SERVICIOS DE CUIDADO

6.45 ¿Por qué no ha buscado este tipo de servicios o lugares (guardería, casa del abuelo, asilo, o algún lugar donde otorguen cuidados o realicen actividades o talleres)?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

El propio hogar cuida de las personas que lo necesitan 01

Porque en el cuidado apoyan otros hogares, familiares o personas conocidas 02

Son caros 03

Le preocupa el qué dirá su familia, amistades o la comunidad 04

Desconocimiento de que existen estos lugares 05

Incomodidad o desconfianza de que alguien ajeno lo cuide 06

Lejanía del centro de cuidado 07

Maltratos por parte del personal de los centros de cuidado 08

No ha tenido necesidad (no hay personas en su hogar que requieran cuidados) 09

Otra razón 10

ESPECIFIQUE

LUGAR PARA BRINDAR SERVICIOS DE CUIDADO

6.46 Si usted tuviera que contratar un servicio para cuidar a un familiar o para que a usted le cuidaran, ¿preferiría que este se realizara...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

en su casa? 1

en un centro o institución pública? 2

en un centro o institución privada? 3

en casa de algún familiar, amistad o persona conocida? 4

¿No contrataría este tipo de servicio? 5

DISPONIBILIDAD PARA SER CUIDADOR

6.47 Si a usted le pagaran, ¿le gustaría ser cuidador(a) profesional de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A SECCIÓN 7

DISPONIBILIDAD PARA CAPACITARSE

6.48 ¿Usted estaría dispuesta(o) a capacitarse para ser cuidador(a) de personas?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

SECCIÓN 7. PERCEPCIÓN CULTURAL DE LOS CUIDADOS

Ahora le haré algunas preguntas sobre lo que piensa acerca de la responsabilidad de los cuidados de niñas, niños y personas adultas mayores.

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS HIJOS

7.1 Cuando las hijas y los hijos son pequeños, están enfermos o no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo la mamá? 1
- solo el papá? 2
- la mamá y el papá? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

CUIDADO DE NIÑOS EN GUARDERÍAS

7.2 Usted, ¿cree que se debe llevar a las niñas y niños chiquitos a educación inicial, guardería o estancia infantil?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1 → PASE A 7.4
- No 2

RAZÓN PARA NO LLEVAR A LOS NIÑOS A LAS GUARDERÍAS

7.3 ¿Cuál es la razón principal por la que no llevaría a las niñas y niños chiquitos a la educación inicial, guardería o estancia infantil para que les cuiden?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las niñas y los niños 1
 - Son muy caros 2
 - Cree que el cuidado es responsabilidad de la madre, padre o la familia 3
 - No tienen personal capacitado para cuidarlos(os) 4
 - No tiene necesidad o la madre, padre o familia le cuida 5
 - Otra razón 6
ESPECIFIQUE
- } PASE A 7.5

REQUISITOS BUSCADOS EN LA GUARDERÍA

7.4 (ENTREGUE TARJETA 3) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta. En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener los centros de educación inicial, guarderías o estancias infantiles?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (maestra(o), enfermera(o) o pediatra) 01
- Instalaciones adecuadas y seguras 02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal 03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros) 04
- Limpieza del lugar 05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada 06
- Horarios acordes a sus necesidades 07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo 08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o) 09
- Precio accesible 10
- Clases de calidad/ fortalecimiento de habilidades 11
- Otra 12
ESPECIFIQUE
- No sabe 99

PREFERENCIA DE SERVICIOS DE CUIDADOS ESCOLARES

7.5 Pensando en las escuelas de preescolar o primaria para sus hijas, hijos o algún otro familiar, ¿usted pediría que tuvieran...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí 1
- No 2
- No sabe 9
- 1 horario extendido?
- 2 servicio de desayuno?
- 3 servicio de comida caliente?
- 4 servicio de transporte?
- 5 club de tareas?

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LOS PADRES

7.6 Cuando los padres son personas adultas mayores y no pueden valerse por sí mismos, ¿la responsabilidad de cuidarlos la tienen...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo las hijas (mujeres)? 1
- solo los hijos (hombres)? 2
- las hijas y los hijos (mujeres y hombres)? 3
- ¿Otro? 4
ESPECIFIQUE

RESPONSABILIDAD DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Las personas adultas mayores necesitan ayuda en su vida cotidiana, como cuidados personales (bañarse, vestirse, moverse, etcétera), que les hagan las compras, les preparen comida, entre otros cuidados.

7.7 ¿Usted cree que este apoyo deben brindarlo principalmente...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- las instituciones de gobierno (residencias o casas de día, casa del abuelo)? 1
- las organizaciones religiosas, civiles o de beneficencia? 2
- personas cuidadoras contratadas? 3
- los miembros de la familia? 4
- ¿Otro? 5

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN PARA LLEVAR A UNA PERSONA A UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.8 Respecto al cuidado de las personas adultas mayores, hay residencias o casas de día donde les otorgan cuidados por unas horas o de tiempo completo, ¿usted está de acuerdo en que se les lleve...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- para que les cuiden solo unas horas del día? 1
 - para que las cuiden durante todo el día? 2
 - para que les cuiden de tiempo completo (día y noche)? 3
 - ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en llevarlas)? 4
 - No sabe..... 9
- } PASE A 7.10

REQUISITOS BUSCADOS EN LA RESIDENCIA

7.9 (ENTREGUE TARJETA 4) En la siguiente pregunta, por favor use las respuestas que vienen en la tarjeta.

En su opinión, ¿cuáles son las tres características principales que deben tener las residencias o casas de día para personas adultas mayores?

MUESTRE LA TARJETA Y CIRCULE HASTA TRES CÓDIGOS

- Personal capacitado (geriatra, enfermera(o), cuidador(a) capacitado(a)).....01
- Instalaciones adecuadas y seguras02
- Cupo adecuado a la cantidad de personal03
- Buen trato (amables, humanos, pacientes, entre otros).....04
- Limpieza del lugar05
- Servicio de comida/ Dieta balanceada06
- Horarios acordes a sus necesidades07
- Cercanía a la vivienda o lugar de trabajo08
- Servicio de transporte, recogerla(o) y/o regresarla(o).....09
- Precio accesible10
- Actividades recreativas y fortalecimiento de habilidades11
- Otra12
- No sabe99

ESPECIFIQUE

DISPOSICIÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA PARA QUE LE CUIDEN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.10 Respecto a este tipo de lugares, ahora piense en usted (cuando llegue a ser una persona adulta mayor). Si necesitara que alguien la(o) cuidara, ¿estaría de acuerdo en que la(o) llevaran a que le cuiden...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- solo unas horas del día? 1
 - durante todo el día? 2
 - de tiempo completo (día y noche)? 3
 - ¿Ninguno de los anteriores (no está de acuerdo en que le lleven)? 4
 - No sabe..... 9
- } PASE A 7.12
→ PASE A 7.12

RAZÓN PRINCIPAL POR LA QUE NO LE GUSTA(RÍA) QUE LA(O) CUIDARAN EN UNA RESIDENCIA DE CUIDADOS

7.11 ¿Cuál es la razón principal por la que no le gustaría que la(o) cuidaran en una residencia de personas adultas mayores?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Tratan mal a las personas 1
- Son muy caros 2
- Cree que el cuidado es responsabilidad de las hijas e hijos o la familia..... 3
- No tienen las instalaciones adecuadas 4
- No tiene personal capacitado 5
- Otra razón 6
- No sabe 9

ESPECIFIQUE

TERCERA PERSONA

RESPONSABILIDADES Y ACTITUDES HACIA EL CUIDADO

7.12 Le voy a leer unas frases. Usted me responderá si está de acuerdo o en desacuerdo.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- De acuerdo (Si).....1
- Desacuerdo (No).....2
- No responde8
- No sabe9

- 1 Cuidar a las personas del hogar es solo su responsabilidad.....
- 2 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad de la mujer
- 3 Cuidar a las personas del hogar es responsabilidad de usted y demás integrantes de su hogar
- 4 El cuidado de las y los integrantes del hogar es solo responsabilidad del hombre
- 5 Le gusta cuidar a las personas del hogar.....
- 6 El cuidado de las y los integrantes del hogar es responsabilidad tanto de mujeres como de hombres.....
- 7 Se debe enseñar a la mujer (al hombre) que su deber es cuidar a los padres, cónyuge, hijas e hijos
- 8 Cuando una madre tiene un trabajo remunerado, las hijas y los hijos sufren

PERCEPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD

7.13 En general, ¿calificaría su estado de salud como...

LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- muy bueno? 1
- bueno? 2
- ni bueno ni malo? 3
- malo? 4
- muy malo? 5

HORA DE TÉRMINO :

SECCIÓN 9. MATERNIDAD Y PATERNIDAD ACTIVA

PARA PERSONA ELEGIDA DE 15 A 60 AÑOS

FILTRO 0: ¿LA (EL) INFORMANTE ES LA PERSONA ELEGIDA? (4.69 = 7 EN EL RENGLÓN DE LA PERSONA ENTREVISTADA)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

EXPERIENCIAS DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA

A continuación, le preguntaré sobre su infancia y adolescencia, así como la relación que tenía con su padre y madre o las personas que le cuidaban.

CUIDADOR PRINCIPAL EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.1 Durante su infancia y adolescencia, es decir hasta los 17 años (15 o 16 años), ¿quién o quiénes estuvieron (han estado) principalmente al cuidado de usted? (Aunque no vivieran (vivan) en la misma vivienda).

CIRCULE HASTA DOS CÓDIGOS

- Madre, madrastra o tutora 01
- Padre, padrastro o tutor 02
- Abuela(s) 03
- Abuelo(s) 04
- Hermana(s) 05
- Hermano(s) 06
- Tía(s) 07
- Tíos(s) 08
- Otro(s) familiar(es) 09
- Otro(s) no familiar(es) 10
- Nadie la(lo) cuidó 11

FIGURAS MASCULINAS DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.2 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿quién o quiénes fueron (han sido) los hombres importantes en su hogar?

CIRCULE LOS CÓDIGOS CORRESPONDIENTES

- Padre (biológico) 1
- Padrastro o tutor 2
- Abuelo(s) 3
- Tío(s) 4
- Hermano(s) 5
- Otro 6
ESPECIFIQUE
- Nadie 7 → PASE A 9.4

PARTICIPACIÓN DEL PADRE O FIGURAS MASCULINAS EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR

9.3 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿qué tan frecuente su (PRIMER RESPUESTA EN PREGUNTA 9.2)...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Siempre** 1
- A veces** 2
- Casi nunca** 3
- Nunca** 4
- No aplica 8
- No sabe 9

- 1 cocinaba o preparaba alimentos?
- 2 limpiaba o hacía quehaceres de la vivienda (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)?
- 3 le llevaba o recogía de la escuela, guardería o alguna clase?
- 4 le ayudaba en las tareas de la escuela?
- 5 le cuidaba o atendía cuando se enfermaba?
- 6 platicaba con usted de sus amistades, escuela u otros temas de su interés?

TERCERA PERSONA

PERCEPCIÓN DE TOMA DE DECISIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.4 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), en su hogar, ¿quién decidía (decide) sobre...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Madre1
- Padre2
- Ambos por igual3
- Abuela4
- Abuelo5
- Otra persona (ESPECIFIQUE)6
- No sabe (no aplica)9

- 1 si su madre podía o no trabajar por un salario? _____
- 2 si se acudía o no al médico? _____
- 3 si las hijas o hijos podían estudiar o seguir estudiando? _____
- 4 si las hijas o hijos podían salir con amistades? _____
- 5 cómo se gastaba el dinero en alimentación o vestimenta? _____
- 6 quiénes realizaban los quehaceres domésticos? _____
- 7 quién se quedaba en casa a cuidar a las hijas o hijos? _____

PARTICIPACIÓN EN EL TRABAJO DOMÉSTICO Y DE CUIDADOS EN EL HOGAR DURANTE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

9.5 Durante su infancia y adolescencia (de los 0 a 17 años), ¿generalmente, usted apoyaba (apoya) en su hogar a...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

- Sí1
- No2
- No aplica8

- 1 cocinar o preparar alimentos? _____
- 2 limpiar o hacer quehaceres de la vivienda (ordenar objetos, tender camas, barrer, trapear, sacudir, entre otros)? _____
- 3 cuidar de sus hermanas, hermanos u otras personas? _____

INICIA APLICACIÓN POR AUTOLLENADO

ENTREVISTADOR(A): RECUERDE ENTREGAR EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO Y EXPLICAR EL FUNCIONAMIENTO DEL MISMO AL INFORMANTE PARA QUE PUEDA AUTO REGISTRAR SUS RESPUESTAS.

INFORMANTE: LEA LA PREGUNTA Y REGISTRE EL NÚMERO QUE CORRESPONDA A SU RESPUESTA O SELECCIONE AQUELLA CON LA QUE SE IDENTIFIQUE.

PATERNIDAD Y MATERNIDAD

Las siguientes preguntas están relacionadas al tema de maternidad o paternidad. Sus datos son confidenciales, nadie sabrá lo que usted respondió, ni siquiera la persona que le está entrevistando.

CONDICIÓN DE TENER HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.6 ¿Ha tenido usted hijas o hijos nacidos vivos biológicos o propios a lo largo de su vida? Considere hijas o hijos biológicos o propios, aunque nunca hayan vivido con usted, no se hayan reconocido, o que por cualquier razón se criaron con otra(s) familia(s).

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí1
- No2 → PASE A 9.10

NÚMERO DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)

9.7 ¿Cuántas hijas o hijos biológicos o propios ha tenido a lo largo de su vida?

REGISTRE CON NÚMERO

NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR

9.8 De estas hijas o hijos biológicos o propios, ¿cuántos viven en su hogar?

REGISTRE CON NÚMERO

CON CÓDIGO "00" PASE A 9.9a

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.9 De estas hijas o hijos biológicos o propios que viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años cumplidos?

REGISTRE CON NÚMERO

FILTRO 1: ¿EL NÚMERO DE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) EN EL HOGAR ES IGUAL AL TOTAL DE HIJAS(OS) NACIDAS(OS) VIVAS(OS)? (9.7=9.8)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A 9.10

No 2 → CONTINÚE

NÚMERO DE HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

9.9a De las (RESPUESTA EN 9.7 MENOS RESPUESTA EN 9.8) hija(s) o hijo(s) que no viven con usted, ¿cuántos tienen entre 0 y 17 años?

REGISTRE CON NÚMERO

□ □ □

CONDICIÓN DE TENER HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS

9.10 ¿Usted tiene hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), de 0 a 17 años?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2 → PASE A FILTRO 2

NÚMERO DE HIJASTRAS(OS) O ADOPTADAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS EN EL HOGAR

9.11 De estas hijastras(os) o hijas(os) adoptivas(os), ¿cuántos viven con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

□ □ □

FILTRO 2: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS), HIJASTRAS(OS) O ADOPTIVOS DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 = 1 O MÁS Y/O 9.9a = 1 O MÁS Y/O 9.10 = 1)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → PASE A FILTRO 3

No 2 →

REGRESE DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A). ENTREVISTADOR(A): AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

FILTRO 3: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 4

USO DE PERMISO DE MATERNIDAD O PATERNIDAD

9.12 Pensando en sus hijas e hijos de 0 a 17 años, ¿usted ha hecho uso de la licencia de maternidad o permiso de paternidad que otorgan en el trabajo?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

No tenía la prestación en el trabajo 3

No tenía trabajo o nunca ha trabajado 4

FILTRO 4: ¿LA PERSONA ELEGIDA ES HOMBRE Y DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS? (3.4 = 1 y 9.9 Y/O 9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE

No 2 → PASE A FILTRO 5

ÚLTIMA HIJA O HIJO NACIDO VIVO

Ahora se le preguntarán algunas características relacionadas con su última hija o hijo nacido vivo biológico o propio. Recuerde que la información es totalmente confidencial.

ACOMPAÑAMIENTO A CONSULTAS PRENATALES

9.13 Durante el último embarazo, ¿usted acompañó a la madre de su hija o hijo a consultas o estudios prenatales?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

ACOMPAÑAMIENTO DURANTE EL NACIMIENTO DE SU ÚLTIMA(O) HIJA(O)

9.14 ¿Usted acompañó a la madre de su última hija o hijo en el hospital o clínica durante el nacimiento de su hija(o)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1

No 2

TERCERA PERSONA

PARTICIPACIÓN EN CUIDADOS DE LA(DEL) RECIÉN NACIDA(O)

9.15 Pensando en su última hija o hijo, durante su primer mes de vida, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2

- 1 apoyó para darle de comer o beber?
- 2 le bañó, aseó (cambió pañales), vistió o arregló?
- 3 estuvo al pendiente de sus cuidados?

FILTRO 5: ¿LA PERSONA ELEGIDA TIENE HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO FUERA DEL HOGAR? (9.9a = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí 1 → CONTINÚE
 No 2 → PASE A FILTRO 6

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE NO VIVEN EN EL HOGAR

A continuación, se le preguntará sobre sus hijas e hijos biológicos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar.

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.16 Pensando en sus hijas o hijos de 0 a 17 años que viven fuera de este hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí 1
 No 2
 No aplica 8

- 1 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?
- 2 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?
- 3 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?
- 4 está al pendiente de sus calificaciones en la escuela?
- 5 asiste a reuniones o festivales escolares?

PERCEPCIÓN DE RELACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.17 En general, ¿cómo calificaría la relación que tiene con sus hijas o hijos de 0 a 17 años que no viven con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Muy buena 1
 Buena 2
 Mala 3
 Muy mala 4
 Ni buena ni mala 5

DÍAS DE CONVIVENCIA CON HIJAS O HIJOS MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.18 ¿Cuántos días de la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

De 6 a 7 días a la semana 1
 De 3 a 5 días a la semana 2
 De 1 a 2 días a la semana 3
 Una vez a la quincena 4
 Una vez al mes 5
 Otro periodo 6
 Ninguno 7

PASE A 9.20

TIEMPO DE CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.19 Regularmente, ¿cuántas horas a la semana convive de forma presencial con esta(s) hija(s) o hijo(s) de 0 a 17 años que no vive(n) con usted?

REGISTRE CON NÚMERO

98 o más.....98

COMUNICACIÓN CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.20 ¿Cuántos días de la semana tiene contacto por teléfono, mensajes de texto, videollamadas o similares con esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- De 6 a 7 días a la semana..... 1
- De 3 a 5 días a la semana..... 2
- De 1 a 2 días a la semana..... 3
- Una vez a la quincena 4
- Una vez al mes 5
- Otro periodo..... 6
- Ninguno 7

APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.21 De esta(s) hija(s) o hijo(s) que no vive(n) con usted, ¿cuánto dinero le(s) proporcionó en apoyo económico o en especie en el último mes?

REGISTRE CON NÚMERO

- Nada 00 000
- \$90 mil o más 90 000
- No sabe 99 999

\$ _____, _____

CON CÓDIGO "00 000" REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO AL ENTREVISTADOR(A)

PROPORCIÓN DE APOYO A HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN FUERA DEL HOGAR

9.22 En general, ¿cuánto considera que cubre su apoyo económico o en especie las necesidades de alimentación, médicas, escolares u otras de esta(s) hija(s) o hijo(s)?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Todo 1
- Más de la mitad 2
- La mitad 3
- Menos de la mitad 4
- Nada 5
- No sabe..... 9

INFORMANTE: REGRESE EL DISPOSITIVO ELECTRÓNICO A LA ENTREVISTADORA O ENTREVISTADOR.

FILTRO 6: ¿LA PERSONA ELEGIDA DECLARÓ HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) DE 0 A 17 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR? (9.9 Y/O 9.11 = 1 O MÁS)

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

- Sí 1 → CONTINÚE
- No 2 → AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LA SIGUIENTE PERSONA DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA

TERCERA PERSONA

HIJAS(OS) BIOLÓGICAS(OS) O HIJASTRAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS VIVIENDO EN EL HOGAR

A continuación le preguntaré por la vida cotidiana con sus hijas, hijos, hijastras o hijastros de 0 a 17 años que viven con usted.

CONDICIÓN DE REMORDIMIENTO

9.23 Algunas personas sienten culpa o remordimiento por irse a trabajar y no estar todo el tiempo con sus hijas o hijos, ¿a usted le ha pasado?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Sí..... 1
 No..... 2
 No tenía trabajo o nunca ha trabajado..... 3

} PASE A 9.25

FRECUENCIA DE REMORDIMIENTO

9.24 ¿Con qué frecuencia le ha sucedido esto?

CIRCULE UN SOLO CÓDIGO

Siempre 1
 Algunas veces 2
 Casi nunca..... 3

CONDICIÓN DE EXPERIMENTAR SITUACIONES DE LA VIDA COTIDIANA

9.25 De las siguientes situaciones, dígame si se aplican a la vida cotidiana en su hogar.

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1
 No..... 2
 No aplica 8

1 ¿Regularmente, convive poco tiempo con sus hijas o hijos debido al trabajo o quehaceres domésticos?

2 ¿Trabajaría menos si eso significa poder convivir más tiempo con sus hijas o hijos?

3 ¿En general, tiene la responsabilidad principal de mantener económicamente a su hogar?

4 ¿Usted es la persona que dedica más tiempo al cuidado de las hijas o hijos?

5 ¿Cree que si la relación con su pareja se termina perdería el contacto con sus hijas o hijos?

CONVIVENCIA CON HIJAS(OS) MENORES DE 18 AÑOS QUE VIVEN EN EL HOGAR

9.26 Pensando en sus hijas o hijos (hijastras o hijastros) de 0 a 17 años que viven en su hogar, ¿usted...

REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE PARA CADA OPCIÓN

Sí..... 1
 No..... 2
 No aplica 8

1 les asigna responsabilidades dentro del hogar?

2 comparte con ellas o ellos alguna comida durante el día (desayuno, comida o cena)?

3 les demuestra afecto (los abraza o les dice que los quiere)?

4 en la semana realiza actividades de esparcimiento con ellas o ellos (ir al cine, realizan algún deporte o ejercicio, salen a pasear, entre otras)?

5 platica con ellas o ellos acerca de sus amistades o compañeros de la escuela?

6 sabe a dónde van cuando salen con sus amistades?

AGRADEZCA LA ENTREVISTA Y CONTINÚE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS DEL HOGAR O FINALICE LA ENTREVISTA.

HORA DE TÉRMINO :

