|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| : + |  | **CUESTIONARIO Nº:** ……………………………………………….…**ENTREVISTADOR:** …………………………………………………..**CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN:** ……………………………………. |  | **EDSA 2020** |

## PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA PROGRAMA DEL OBSERVATORIO DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

ENCUESTA DE LA DEUDA SOCIAL ARGENTINA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Capital Federal | 1 | Córdoba | 5 | Mar del Plata | 9 | San Juan | 13 | La Rioja | 17 |
| Conurbano Norte | 2 | Rosario | 6 | Salta | 10 | Neuquén/Plottier/ Cipolletti | 14 | San Rafael | 18 |
| Conurbano Oeste | 3 | Mendoza | 7 | Paraná | 11 | Zárate | 15 | Comodoro Rivadavia | 19 |
| Conurbano Sur | 4 | Tucumán / Tafí Viejo | 8 | Resistencia | 12 | Goya | 16 | Ushuaia / Río Grande | 20 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Punto Muestra** | **:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CÓDIGO MAPA (LETRA Y NÚMERO):** | **7. DÍA DE REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA** |  |
| **6. Letra:** | **6.b. Nro.** |
| I | A | B | C | D | E | F | R |  | **Lu** | **Ma** | **Mi** | **Ju** | **Vi** | **Sá** | **Do** |
| **2. Calle:** ................................................................................... | **3. Nro:** ................... **3.1 Piso:**................. **3.2 Depto:**.................. |
| **3.3 Descripción:** .............................................................................................................................................................................................. |
| **4. Barrio / Manzana:** ................................................... | **5. Teléfono: (**................**)** ............................................................... |
| **8.2 NOMBRE ENTREVISTADO/A:** …….………..… | **8.3 La entrevista fue** |
| **8.2.a** 1 | Panel entrevistado | 2 | Panel hogar | 3 | Caso Nuevo | 1 telefónica 2 presencial 3 mixta |
|  |
| **8.1 EL ENCUESTADO PERTENECE AL GRUPO:** |
| **EDAD** | **SEXO** | **CONDICIÓN DE ACTIVIDAD** |
| **ACTIVO** | **INACTIVO** |
| 18 a 29 | Varón | **1** | **3** |
| Mujer | **2** | **4** |
| 30 a 49 | Varón | **5** |
| Mujer | **6** | **7** |
| 50 y más | Varón | **8** | **9** |
| Mujer | **10** | **11** |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***INICIO DE LA ENTREVISTA FECHA:*** ........ ***/***......... ***/ 2020 HORA:*** ............ ***:*** ............. |

|  |
| --- |
| **ENCUESTADOR: SI LA ENCUESTA ES PRESENCIAL COMPLETAR POR OBSERVACIÓN DE P9 A P14. SI ES TELEFÓNICA PREGUNTAR:** |
| **9. ¿En qué tipo de barrio vive?** |  |  | **10. ¿En qué tipo de vivienda usted vive?** |  |
| Barrio con trazado urbano | 1 |  | Casa | 1 |
| Barrio de vivienda social / Monobloques | 2 | Departamento | 2 |
| Villa de emergencia / asentamiento **\*** | 3 | Pieza/s en casa de inquilinato o conventillo | 3 |
|  | Casilla o rancho | 4 |
| ***\* Se considera villa o asentamiento a aquel barrio cuyas viviendas fueron autoconstruidas de manera irregular por la población residente sobre terrenos fiscales o privados y donde la tenencia no está legalizada o todavía se encuentra en proceso de regularización.*** | Pieza/s en hotel | 5 |
| Otro (vivienda en lugar de trabajo, etc) | 6 |
| **13. ¿Cuál es el material predominante de la cubierta****exterior del techo?** Si la vivienda forma parte de un edificio de departamentos, se considera el techo del último piso del edificio. |
| **11. ¿Cuál es el material predominante en las paredes de su vivienda?** |
| Ladrillo, piedra, bloque u hormigón con revoque | 1 | Cubierta asfáltica o membrana | 1 |
| Ladrillo, piedra, bloque u hormigón sin revoque | 2 | Baldosa o losa (sin cubierta) | 2 |
| Adobe con revoque | 3 | Pizarra o teja | 3 |
| Adobe sin revoque | 4 | Chapa de metal (sin cubierta) | 4 |
| Madera | 5 | Chapa de fibrocemento o plástico | 5 |
| Chapa de metal o fibrocemento | 6 | Chapa de cartón | 6 |
| Chorizo, cartón, palma, paja o material de desecho | 7 | Caña, palma, tabla o paja con o sin barro | 7 |
| Otro | 8 | Otro | 8 |
|  |
| **12. ¿Cuál es el material predominante en el piso de la vivienda?** |  | **14. El techo, ¿tiene revestimiento interior o cielorraso?** |
| Cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado | 1 |  | Sí | 1 |
| Cemento o ladrillo fijo | 2 | No | 2 |
| Tierra o ladrillo suelto | 3 |  |
| Otro | 4 |
|  |  |  |

1

**CONSTRUYA CON EL ENCUESTADO LA COMPOSICIÓN DEL HOGAR. REGISTRE PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR AL QUE PERTENECE EL ENCUESTADO LOS DATOS QUE SE SOLICITAN EN GRILLA (NO CONSIDERE LAS PERSONAS QUE VIVEN EN OTROS HOGARES PERTENECIENTES A LA MISMA VIVIENDA). SIEMPRE UTILICE LOS CÓDIGOS.**

**Ahora, le voy a realizar algunas preguntas con respecto a su hogar. Comencemos con el jefe/a del hogar, ¿Cuál es el nombre?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TODOS** PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR /  NO INCLUIR A EMPLEADADOMÉSTICA | PARA LOS QUE ASISTEN O ASISTIERON | NO TERMINA\_ RON NIVEL | * TODOS | * EXTRAN JEROS |
| **NC** | **15. Nombre***Liste todos los miembros del hogar comenzando por el/la jefe/a de Hogar* | **16. Edad***Indique con una M cuando sean meses* | **17. Sexo**1. Varón
2. Mujer
 | **18.****Identificaci ón****1.** ENTREVIS TADO**0.** Otros | **19. Parentesco con el jefe**1. **Jefe**
2. Cónyuge
3. Hijo/a
4. Hijastro/a
5. Yerno / Nuera
6. Hermano/a
7. Nieto/a
8. Cuñado/a
9. Padre / Madre
10. Suegro / a
11. Otros familiares
12. Otros

no familiares | 1. **Situación conyugal actual:**
	1. Soltero / nunca se casó
	2. Casado por civil
	3. Casado por civil y por iglesia
	4. Unido de hecho
	5. Divorciado
	6. Separado
	7. Viudo

9. Ns/Nr | **24****. Cobertura Médica:***(LEER OPCIONES)*1. Obra social *(NO PAMI)*
2. Mutual
3. PAMI
4. Prepaga o plan privado
5. No tiene cobertura y se atiende por médico particular.
6. No tiene cobertura y se atiende en hospital público o sala de salud pública.

**9**. Ns/Nr | **27. ¿Cursa o cursó algún nivel educativo (de modo presencial o virtual) (Guardería, Jardín de infantes, Escuela Primaria, Escuela Secundaria, Terciario, Universidad?**1. Cursa
2. No cursa pero cursó

 *(PASA A P28)* 1. Nunca cursó

9. Ns/Nr *(PASA A P31)*  | **28. ¿Cuál es el nivel más alto que cursa o cursó?**1. Guardería/ hogar de cuidado
2. Sala de 2-3 años
3. Sala 4 años
4. Sala 5 años
5. Primario
6. EGB
7. Secundario
8. Polimodal
9. Terciario
10. Universit.
11. Posgrado
12. Ed. especial

99. Ns/Nr | **29. ¿Terminó nivel?**1. Sí

 *(PASA A P31)* 1. No

9. Ns/Nr *(SIGUEN A P30)*  | **30. ¿Cuál fue el último año que cursó y aprobó?**1. Ninguno
2. Primero
3. Segundo
4. Tercero
5. Cuarto
6. Quinto
7. Sexto
8. Séptimo
9. Octavo
10. Noveno
11. Ed. especial

**99**. Ns/Nr | **31. Lugar de nacimiento**1. Capital Federal
2. Conurbano Bonaerense
3. Provincia donde se está realizando la encuesta
4. Otra provincia argentina

*PASA A P35*1. País limítrofe
2. Otro país

9. Ns/Nr |  | *QUIENES* |  |
|  |
| *NACIERON EN EL PAÍS**PASAR A P35* |
| **31b. Cuántos años hace que vive en el país?**999. Ns/Nr |
|  | *NO OLVIDE* |  |
|  | *INCLUIR A LOS* |
|  | *NIÑOS, BEBÉS Y* |  |
| *ANCIANOS* |
| **1** | **Jefe/a:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * **SÓLO PARA 10 AÑOS O MÁS****Resto fin de grilla. Pase a componente siguiente** | * **SOLO OCUPADOS DE 10 AÑOS O MÁS *** **(P36 = 1-2-3-4)** | **POBLACIÓN DE 18 AÑOS O MÁS** |
| **NC** | **Nombre***Liste todos los miembros del hogar comenzando por el/la jefe/a de Hogar* | **22. ¿Tiene o ha tenido un hijo/a o está esperando un hijo/a?** | **35b. ¿ Está actualmente buscando trabajo o cambiar de****trabajo?** | **36b En la semana pasada¿trabajó al menos una hora en forma remunerada o no remunerada? (sin contar****sus tareas domésticas)** | **37. ¿En su trabajo principal es/era …?**1. Socio / Patrón / Empleador
2. Trabaja en relación de dependencia
3. Profesional independiente (SOLO UNIVERSITARIOS)
4. Trabaja por cuenta propia (no profesional)
5. Servicio doméstico en casas de familia
6. Tiene empleos temporarios (Changas o trabajos eventuales)
7. Contrapresta un Plan Social
8. Trabaja en negocio familiar o con pariente sin un salario (NO AMA DE CASA)
9. Otros

99. Ns/Nr**(PASAN a P38)** | **38. Por ese trabajo REALIZA/BA O LE REALIZAN/BAN HABITUALMEN****TE aportes jubilatorios, declara ganancias o paga monotributo?**1. Sí
2. No

9. Ns/Nr | **39b. Si recibió ingresos por ese trabajo,****¿Cuánto ingreso recibió por TODOS los trabajos realizados el mes pasado?***Incluye ingresos por todo concepto de ocupación principal y secundarias (sueldo, salario familiar, horas extras, vales/tickets, retroactivos de la ocupación principal actual, comisiones, propinas, aguinaldo, etc). Excluye planes de empleo.***0. No tuvo ingresos laborales**999999. Ns/Nr | **41. ¿Cobra****jubilación o pensión de algún tipo?**1. Sí

 *(PASA A P42)* 1. No*(PASA a P46)*

9. Ns/Nr *(PASA a P46)*  | **SÓLO PARA LOS QUE COBRAN JUBILACIÓN y/o****PENSIÓN****(P41= 1)** |
| **42. ¿Qué tipo de jubilación cobra?**1. Ninguna

*(PASA a P44)*1. Moratoria o en jubilación para amas de casa
2. Años de trabajo y aportes
3. Otra modalidad

9. Ns/Nr | **SOLO PARA P42 >0****43.¿Cuánto ingreso recibió por jubilaciones en el último mes?** | **44. ¿Qué tipo de pensión cobra?**0 Ninguna*(PASA a P46*1. Falleció el titular de la jubilación (pensión contributiva)
2. Por vejez o Pensión Universal a la Vejez-PUV)
3. Por invalidez o discapacidad.
4. Pensión por

Madre 7 Hijos.1. otras

**9**. Ns/Nr | **SOLO PARA P44>0****45. ¿Cuánto ingreso recibió por pensiones en el último mes?** |
|  |  | 1.Si, ha sido o es padre o madre | *.LEER**OPCIONES* |  *.LEER OPCIONES* 1. Sí, trabajé/trabajó
 |
| *NO OLVIDE INCLUIR A LOS NIÑOS, BEBÉS Y**ANCIANOS* | 1. Si, hace más de 6 meses
2. Si, hace

menos de 6 meses1. No busca porque ya tiene trabajo
2. No trabaja ni busca trabajo

9. Ns/Nr |
|  | 2.No, pero espera un hijo3. No tuvo, ni espera un hijo99. Ns/Nr | 2. No trabajó porque está de licencia por ser grupo de riesgo3.No trabajó porque está suspendido o debió dejar detrabajar por la cuarentena |
|  |
| *REGISTRAR EL MONTO POR TODO CONCEPTO QUE RECIBIO EL TITULAR DEL BENEFICIO* | *REGISTRAR EL MONTO POR TODO CONCEPTO QUE RECIBIO EL TITULAR DEL BENEFICIO* |
|  |
|  |  | 4. No, Perdió el empleo o se quedó sin trabajo por la cuarentena |
|  | **PASAN A 37** |
|  | 5. No trabajé/ó ni tenía un trabajo |
| **PASAN TODOS A 36b** | 99999. Ns/Nr |
|  |
|  |  | **PASAN A 41** | 999999. Ns/Nr |
|  | 9. Ns/Nr |  |
|  | **PASAN A 41** |  |
| **1** | **Jefe/a:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  **POBLACIÓN DE 18 AÑOS O MÁS (p46 -a-b-c se habilita para 14 años en adelante si han sido madres/padres o esperan un hijo)** |
| **NC** | **Nombre***Liste todos los miembros del hogar comenzand o por el/la jefe/a de Hogar* | **46. ¿Cobra Asignación Universal por Hijo (AUH) por algún niño/a o embarazo?** *(LEER OPCIONES)* 1. Asignación universal por hijo
2. Asignación universal por embarazo
3. Ambas asignaciones
 | **46.b. En el último mes,****¿percibió ingresos por el PLAN ALIMENTAR / TARJETA ALIMENTARIA?** *(LEER OPCIONES)* 1. Sí, tengo la tarjeta alimentaria
2. Sí, me lo depositan junto con la AUH

 *(PASA A P46c)* 1. No lo percibo

9. Ns/Nr | **46.c.¿En el último mes, qué monto total percibió por la tarjeta alimentar ó como****adicional para alimentos junto con la AUH?** *ATENCIÓN ENCUESTADOR: LOS HOGARES PUEDEN PERCIBIR ESTE INGRESO POR**TARJETA O DEPÓSITO EN SU CUENTA DE LA AUH. LO**PERCIBEN EN CUOTAS SEMANALES Y SE REQUIERE CONOCER LA SUMA TOTAL MENSUAL\** *.LEER OPCIONES* 1. $4000.-
2. $6000.

9. Ns/Nr | **46.d. En el mes pasado recibió el Ingreso Familiar de Emergencia (IFE de****$10.000)?**1. **Si**
2. **No**

9. Ns/Nr | **47. ¿Recibe ingresos por alguno de estos programas de empleo y capacitación?** *(LEER OPCIONES)* 1. Seguro de Capacitación y Empleo
2. Hacemos futuro, Argentina Trabaja, Ellas Hacen
3. PROGRESAR o

Jóvenes Más y Mejor trabajo1. Seguro de desempleo de ANSES

5 Salario Social Complementario**6.** Otro programa de empleo o beca de capacitación**0.** Ninguno *(PASA A P49)* **9**. Ns/Nr | **48. En este programa Ud. realiza algún tipo de contraprestación en:** *(LEER OPCIONES)* 1. Cursos de formación profesional
2. Talleres de capacitación
3. Terminalidad educativa
4. Trabaja en una cooperativa social
5. Trabaja en un ente público
6. Trabaja en una cooperativa productiva o micro- emprendimiento
7. Trabaja en una empresa privada/ por su cuenta
8. Otro/a

0. No hace ninguna contraprestación | **49. ¿Cobra algún otro beneficio o****programa social?** | **50. Cuánto ingreso recibió el mes pasado por TODOS LOS****PROGRAMAS O ayudas sociales que recibió(incluyendo monto indicado por el programa Alimentar y por IFE?** | **51. ¿Recibe ingresos por OTRAS FUENTES****como rentas, alquileres, regalos, premios, intereses, cuota alimentaria, etc., que no sean ingresos laborales o ayudas sociales?**1. Sí
2. No

9. Ns/Nr | **52**. **¿Cuánto ingreso recibió el mes pasado en TOTAL POR OTRAS****FUENTES como rentas, regalos, premios, intereses, etc., que no sean ingresos laborales o ayudas sociales?***REGISTRAR EL MONTO POR TODO CONCEPTO QUE RECIBIO EL TITULAR DEL BENEFICIO*99999. Ns/Nr | **52b En el último mes (…..)¿Tuvo algún descuento por préstamo, moratoria o adelanto en sus HABERES NO LABORALES****(por ej jubilaciones/ pensiones, AUH)?**1. Si
2. No

9. Ns/nr0. No aplica |
| *(LEER OPCIONES)* |
| 1. Programa o plan de ayuda económica nacional, provincial o municipal
2. Programa de ayuda económica de organización social no estatal

**0.** Ninguno9. Ns/Nr |
| *INCLUYE DESDE AUH, IFE ALIMENTAR Y**OTROS PROGRAMAS* |
| *CONTROL E QUE NO FALTE NINGÙN MIEMBRO DE 18 AÑOS Y MÁS* | **0.** Ninguna9. Ns/NrPASA A P46.d. |
|  |
| *REGISTRAR EL MONTO POR TODO CONCEPTO QUE RECIBIO EL**TITULAR DEL BENEFICIO* |
|  |
| **0.** No tuvo999999. Ns/Nr |
| *(PASA A P46d)* |
|  |  |
| SI NO RECIBE, PASE AP52b |
|  |
|  |  |  |  | 9. Ns/Nr |  |  |  |  |
| **1** | **Jefe/a:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  | $ |  |  |  |

|  |
| --- |
| **M Ó D U L O H O G A R****PROTECCIÓN Y RESGUARDO** |
| **53. ¿Cuántas personas viven en su casa?** Incluyendo a los niños, bebés y servicio doméstico con cama. | Cantidad de personas 99 Ns/Nr |

54. ¿Cuántos ambientes/habitaciones tiene esta casa (excluyendo cocina, baño, pasillos, lavadero y garaje)?

Cantidad de ambientes: …… 99 Ns/Nr

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **56. La vivienda tiene…***(LEER OPCIONES)* | Agua corriente por la red pública | **1** | Agua de pozo | **2** | Camión cisterna | **3** |
| **57. El agua está disponible…***(LEER OPCIONES)* | Por cañería dentro de la vivienda | **1** | Fuera de la vivienda pero dentro del terreno | **2** | Fuera del terreno | **3** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En su vivienda tiene…** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **59.** …conexión a la red de cloacas? | **1** | **2** | 9 |
| **60.** conexión a la red eléctrica? | **1** | **2** | 9 |
| **61.** .. medidor de luz? | **1** | **2** | 9 |
| **62.** …conexión a la red de gas natural? | **1** | **2** | 9 |
| **63.** …gas en garrafa (*No excluye tener también conexión a red de gas)* | **1** | **2** | 9 |

67. ¿Tiene baño dentro de la vivienda?

**Sí, tiene** *(SIGUE A P68)* **1**

**No tiene** *(PASA A P71)*

**3**

**No, sólo afuera**

*(SIGUE A P68)*

... Inodoro con botón o cadena con arrastre de agua

**69. Al menos un baño tiene…** *(aunque sea fuera de su vivienda)*

*(LEER OPCIONES)*

**68. ¿Cuántos baños tiene la vivienda?**.........................................

**2**

**4**

…Ns/Nr (*PASA A P71)*

**3**

... No dispone de inodoro o retrete (*PASA A P71)*

**2**

... Inodoro sin botón ni cadena con arrastre de agua

**1**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **70. El desagüe del inodoro va a …***(LEER OPCIONES)* | ... Red pública o cloacas | **1** |
| ... Cámara séptica y pozo ciego | **2** |
| ... Sólo a pozo ciego / hoyo, excavación en la tierra, etc… | **3** |

|  |
| --- |
| **71. En este hogar son:** *(LEER OPCIONES PERO NO LEER EL TEXTO ENTRE PARÉNTESIS)* |
| **Propietarios de la vivienda y del terreno** *(casa, depto en propiedad horizontal, PH)* | **1** |
| **Inquilinos de la vivienda** | **2** |
| **Propietarios sólo de la vivienda pero no del terreno o lote** (*casas, casillas, en terrenos ocupados/ no propios /villas*) | **3** |
| **Ocupantes de hecho** | **4** |
| **Vivienda prestada** | **5** |
| **Tienen vivienda en el lugar de trabajo** | **6** |
| **Otros (especificar)** .............................. | **7** |
| Ns/Nr | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En la cuadra donde está la vivienda hay...** | **Sí** | **No** | **Ns/Nr** |
| **74.** servicio de alumbrado público? | **1** | **2** | 9 |
| **75** recolección municipal de basura al menos día por medio? | **1** | **2** | 9 |
| **76.** pavimento o empedrado? | **1** | **2** | 9 |
| **77.** … vereda cubierta con materiales resistentes (baldosa, mosaico, cemento, etc.) | **1** | **2** | 9 |
| **78.** … desagües pluviales (alcantarillas, sumideros)? | **1** | **2** | 9 |
| **79.** …vigilancia policial / patrullero que pase con frecuencia? | **1** | **2** | 9 |
| **80** vigilancia privada? | **1** | **2** | 9 |
|  |
|  | **¿En la manzana/vecindario/barrio donde vive tiene el problema de …** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |  |
| **87.** fábricas contaminantes? | **1** | **2** | 9 |
| **88.** basurales? | **1** | **2** | 9 |
| **89** terrenos y calles inundables? | **1** | **2** | 9 |
| **90.** … quema de basura/quema de pastizales/quema de gomas? | **1** | **2** | 9 |
| **91.** … plagas (ratas, cucarachas, langostas)? | **1** | **2** | 9 |
| **92**…. polvos, cenizas, tierra | **1** | **2** | 9 |
| **93.** al menos un corte de luz durante los últimos seis meses? | **1** | **2** | 9 |
| **94.** … falta de agua? | **1** | **2** | 9 |
| **95.** … ríos/arroyos/lagunas contaminados? | **1** | **2** | 9 |

#  SITUACIÓN ECONÓMICA DEL HOGAR

|  |  |
| --- | --- |
| **99. ¿Cuántas personas que viven en esta vivienda aportan con algún tipo de ingreso monetario a la****economía del hogar?** | … personas |

|  |
| --- |
| **En lo que va del año**, **¿Usted o alguien de su hogar recibió …..***(LEER CADA OPCIONES PARA CADA TIPO DE AYUDA )* |
|  | **(A) De un organismo de Gobierno nacional,****provincial o municipal o del PAMI** | **(B) De una organización Social** |
| **SI** | **NO** | Ns/Nr | **SI** | **NO** | Ns/Nr |
| **102.** Caja o bolsón con alimentos? | **1** | **2** | 9 | **1** | **2** | 9 |
| **103.** Comida o viandas de comedores que no sean comedores escolares? | **1** | **2** | 9 | **1** | **2** | 9 |
| **104.** Vales de alimentos? | **1** | **2** | 9 | **1** | **2** | 9 |
| **105.** Leche en polvo común o fórmula? | **1** | **2** | 9 | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **106. Durante el período de cuarentena usted u otro miembro del hogar ha recibido…** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| a. Ingreso Familiar de Emergencia (IFE)(bono de 10.000 pesos) | **1** | **2** | 9 |
| b. Bono complementario AUH | **1** | **2** | 9 |
| c. Bono complementario Jubilaciones | **1** | **2** | 9 |
| d. Salario complementario pagado por el Estado | **1** | **2** | 9 |
| e. Extras por personal esencial | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **107. En total, sumando lo que aportan todas las personas que viven en el hogar más lo que pueda recibir de otras personas o seguro de desempleo o planes sociales, ¿cuánto fue el ingreso total del hogar el mes pasado?** | **$** ................................*(PASE A P109)* | 9. Ns/Nr*(SIGUE A P108)* |

*SI EL ENCUESTADO RESPONDE “NS/NR EN P107, o responde un ingreso menor a 1000 (mil) o mayor a 100.000 (cien mil)*

*PREGUNTAR*:

1. **¿Podría decirme en qué rango está el ingreso mensual total de su hogar el mes pasado?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **De 0 a****$6.000** | **De****$6.001 a****$10.000** | **De****$10.001****a****$15.000** | **De****$15.001****a****$20.000** | **De****$20.001****a****$25.000** | **De****$25.001****a****$33.000** | **De****$33.001****a****$43.000** | **De****$43.001****a****$55.000** | **De****$55.001****a****$70.000** | **De****$70.001****a****$100.00 0** | **De****$100.001****a****$150.000** | **De****$150.001****a****$200.000** | **$200.00****1 o más** | **Ns/Nr** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | 99 |

1. **¿Usted diría que la plata que juntan por mes en su hogar ...**

*PARA TODOS LOS ENCUESTADOS*



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Les alcanza y pueden ahorrar algo | **1** |  | Les alcanza pero no pueden ahorrar | **2** |  | No les alcanza | **3** |  | Ns/Nr | 9 |

109.b. Con respecto al total de ingresos del hogar correspondientes a trabajos o beneficios recibidos el último mes por todo concepto, ¿en qué medida variaron los ingresos habituales del hogar con respecto a los que tenían antes de la cuarentena? *(LEER OPCIONES)*

|  |  |
| --- | --- |
| Se incrementaron | **1** |
| No cambiaron | **2** |
| Se redujeron | **3** |
| Ns/Nr | **9** |

1. **¿En este hogar emplea habitualmente un trabajador/a para el servicio doméstico o cuidado de chicos o personas mayores?**

*(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sí, con retiro por jorandas u horas | **1** |  | Sí, cama adentro | **2** |  | No emplea Pase a p111 |  | **3** | Ns/Nr | 9 |
| **SOLO PARA LOS QUE EMPLEAN SERVICIO DOMESTICO110.b. Actualmente Está trabajando?** *(LEER OPCIONES)* |
| Sí,igual que antes de la cuarentena | **1** |  | Si, pero menos que antes de la cuarentena | **2** |  | No está trabajando | **4** |  | Ns/Nr | 9 |
| **Ahora le voy a mencionar algunas cosas que la gente que tiene problemas económicos se ve obligada a dejar de hacer, por ejemplo: ¿por problemas económicos en lo que va del año en este hogar tuvieron que** | **Sí** | **No** | Ns/Nr | No Aplica |
| **111** dejar de ir al médico o dentista? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **112** dejar de comprar algún medicamento? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **113** no reparar, mejorar o pintar la vivienda? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **114** dejar de pagar alguna vez el alquiler o la cuota de la casa? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **115** dejar de pagar alguna vez algún impuesto o tasa municipal? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **116** dejar de pagar alguna vez algún servicio público? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **117.** … tener que usar dinero ahorrado para cubrir gastos habituales? | **1** | **2** | 9 | 0 |
| **118.** … tener que pedir dinero prestado a una financiera, patrón, familiar o amigo? | **1** | **2** | 9 | 0 |

¿Cuenta Ud. / su hogar con los siguientes elementos:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **119.** Anafe o cocina sin horno | **1** | **2** | 9 |
| **120.** Cocina con horno | **1** | **2** | 9 |
| **121.** Heladera sin freezer | **1** | **2** | 9 |
| **122.** Heladera con freezer o freezer solo | **1** | **2** | 9 |
| **123.** Lavarropas automático | **1** | **2** | 9 |
| **124.** Calefactores por instalación fija | **1** | **2** | 9 |
| **125.** Televisión / TV | **1** | **2** | 9 |
| **126.** Servicio de Cable o Direct TV | **1** | **2** | 9 |
| **127.** Aire acondicionado | **1** | **2** | 9 |
| **128.** Microondas | **1** | **2** | 9 |
| **129.** Computadora | **1** | **2** | 9 |
| **130.** Servicio de internet en la vivienda | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **131.** Teléfono fijo | **1** | **2** | 9 |
| **132.** Algún teléfono celular | **1** | **2** | 9 |
| **133.** Teléfono móvil con internet (Smartphone) | **1** | **2** | 9 |
| **134.** Biblioteca familiar con bastantes libros | **1** | **2** | 9 |
| **135**. Libros infantiles | **1** | **2** | 9 |
| **136.** Cuenta sueldo o algún tipo de cuenta bancaria | **1** | **2** | 9 |
| **137.** Tarjeta de crédito | **1** | **2** | 9 |
| **138.** Tarjeta de compra (Shopping, Naranja, etc.) | **1** | **2** | 9 |
| **139.** Automóvil | **1** | **2** | 9 |
| **140.** Playstation / Wii o símil | **1** | **2** | 9 |
| **141**. Bicicleta / patines | **1** | **2** | 9 |
| 142.Motocicleta | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Cuenta Ud. / su hogar con los siguientes elementos:** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **143.** Una mesa con sillas para sentarse a comer? | **1** | **2** | 9 |
| **144** una silla/banqueta para cada miembro del hogar? | **1** | **2** | 9 |
| **145.** cubiertos (tenedor y cuchillo) para cada miembro del hogar? | **1** | **2** | 9 |
| **146 .** un plato para cada miembro del hogar? | **1** | **2** | 9 |
| **ACCESO A LA ALIMENTACIÓN** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **En lo que va del año** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **147**. ¿Alguna vez se quedaron sin dinero o recursos para obtener una alimentación sana y variada? | **1** | **2** | 9 |
| **148.** Por falta de dinero o recursos ¿alguna vez UD. u otro ADULTO del hogar dejó de desayunar, almorzar ocenar? | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **149**. ¿Disminuyeron UD. u otro ADULTO en su hogar la porción de alguna de sus comidas porque no hubosuficiente dinero para comprar alimentos? | **1** | **2** | 9 |
| **150**. ¿Alguna vez UD. u otro ADULTO del hogar sintió hambre, porque no hubo suficiente dinero para compraralimentos? | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***SÓLO PARA HOGARES CON NIÑOS DE 0 A 17 AÑOS*** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **151.** En lo que va del año ¿disminuyó la porción de alguna de las comidas de los NIÑOS (0 a 17 años) de su hogar porque no hubo suficiente dinero para comprar alimentos? | **1** | **2** | 9 |
| **152.** En lo que va del año ¿Tuvieron alguna vez hambre los NIÑOS (0 a 17 años) porque no pudieron comprarsuficiente comida? | **1** | **2** | 9 |
|  | ***PARA TODOS LOS ENCUESTADOS*** |  | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **153. En lo que va del año, por falta de dinero o recursos ¿alguna vez UD. u otro miembro del hogar estuvo un día entero sin comer?** | **1** | **2** | 9 |

1. **En lo que va del año, con qué frecuencia alguna vez Ud. o algún miembro de su hogar sintió hambre porque no tuvo que comer o tuvo poca cantidad de comida?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muchas veces** | **1** |  | **Varias veces** | **2** |  | **En alguna ocasión** | **3** |  | **Nunca** | **4** |  | Ns/Nr | 9 |

#  COMENSALIDAD

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Todos los días** | **Varias veces a la****semana** | **Sólo los fines de semana o pocas****veces a la semana** | **Sólo días****festivos** | **Nunca** | **Ns/Nr** |
| **C1. En el último mes, aproximadamente cuántos días de la semana se reunieron para almorzar y/o cenar en familia? *(LEER******OPCIONES)*** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **9** |
| **C.2. En el último mes, ¿Cuántas veces a la semana se cocinó un plato caliente en su****hogar? *(LEER OPCIONES)*** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **9** |

C.3. En el último mes, ¿Cuál de las siguientes situaciones representa mejor lo que sucede en su casa con la compra de alimentos…? *(LEER OPCIONES)*

|  |  |
| --- | --- |
| Todos los días compramos lo que vamos a cocinar | 1 |
| Hacemos una compra cada dos o tres días | 2 |
| Hacemos una compra semanal | 3 |
| Hacemos una compra quincenal | 4 |
| Hacemos una compra mensual | 5 |
| Otros (especificar)  | 6 |
| Ns/Nr | 99 |
|  |
| **C.4. En la última compra de alimentos llevó “….”?** *(PREGUNTAR POR CADA OPCIÓN)* | **SI** | **NO** | **Ns/Nr** |
| A.Leche o yogur o quesos | **1** | **2** | 9 |
| B.Gaseosas o jugos o aguas saborizadas | **1** | **2** | 9 |
| C.Frutas o verduras | **1** | **2** | 9 |
| D.Golosinas | **1** | **2** | 9 |
| E.Snacks o productos de copetín (como papas fritas, chizitos, etc.) | **1** | **2** | 9 |
| F. Carnes (de vaca o pollo) | **1** | **2** | 9 |
| G.Pescado | **1** | **2** | 9 |
| H.Huevos | **1** | **2** | 9 |
| I. Fiambres u otros embutidos (por ejemplo salchichas) | **1** | **2** | 9 |
| J.Legumbres o cereales (por ejemplo lentejas, porotos, arroz) | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C.5. Y en esa última compra adquirió alguno de los siguientes productos:** | **SI** | **NO** | **Ns/Nr** |
| A.Pañales | **1** | **2** | 9 |
| B.Productos de limpieza del hogar | **1** | **2** | 9 |
| **C.Productos de higiene y aseo personal** | **1** | **2** | 9 |
| D.Productos de protección e higiene íntima femenina | **1** | **2** | 9 |
| E.Productos de bazar | **1** | **2** | 9 |
| F.Otros | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **C.6. El mes pasado, ¿con qué frecuencia hizo compras en ALIMENTOS con****dinero en efectivo, tarjetas de débito u otros medios en los siguientes comercios?** *(LEER OPCIONES)* | **Siempre** | **Muchas veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | **Ns/nr** |
| A.Feria de alimentos en su barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| B.Pequeño comercio de su barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| C.Pequeño supermercado de barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| D.Supermercado de alguna cadena | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **C.7. Usted o algún otro integrante del hogar cuentan con una Tarjeta ALIMENTAR?**(la tarjeta de plástico, no sólo la transferencia del monto) | **SI** | **NO** | **Ns/Nr** |
| **1** | **2** | 9 |
|  | PASA A P155 |

|  |
| --- |
| **USOS Y EVALUACIÓN PLAN ALIMENTAR/ TARJETA ALIMENTARIA** |
|  | ***SÓLO PARA HOGARES QUE TIENEN TARJETA ALIMENTAR (PLÁSTICO)*** |  |  |
| **T.1. El mes pasado, ¿con qué frecuencia hizo compras en ALIMENTOS con el DINERO DE LA TARJETA ALIMENTAR en los****siguientes comercios?** *(LEER OPCIONES)* |
|  | **Siempre** | **Muchas veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | Ns/nr |
| A.Feria de alimentos en su barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| B.Pequeño comercio de su barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| C.Pequeño supermercado de barrio | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| D.Supermercado de alguna cadena | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **T.2. El mes pasado, ¿tuvo alguno de los siguientes problemas con el uso de la tarjeta?**  *(LEER**OPCIONES)* | **SI** | **NO** | Ns/Nr |
| A.Algunos comercios no aceptan la tarjeta | **1** | **2** | 9 |
| B.Algunos comercios cobran más con la tarjeta | **1** | **2** | 9 |
| C.Algunas cosas no se pueden comprar con la tarjeta | **1** | **2** | 9 |
| D.No funciona en todos los comercios | **1** | **2** | 9 |
| E. Otros problemas (especificar)………………………………… | **1** | **2** | 9 |
| **SEGURIDAD E INTEGRIDAD CORPORAL** |

1. **¿En qué medida cree que Ud. o alguien de su familia puede llegar a ser víctima de un delito?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy probable** | **1** |  | **Bastante probable** | **2** |  | **Poco probable** | **3** |  | **Nada probable** | **4** |  | Ns/Nr | 9 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| En lo que va del año **, ¿Usted o algún miembro de su hogar sufrió...** *(LEER OPCIONES)* | **Si, el que responde** | **Si, otro miembro del hogar** | **Sí, él y otro miembro del hogar** | **Ninguno** | Ns/Nr |
| **156** un hurto o robo sin violencia física y sin armas? | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **157.** …un robo sin violencia física con arma blanca o de fuego? | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **158.** …un robo con violencia física y arma de fuego/arma blanca? | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **159.** ...un hecho de violencia física? (golpes, ataques, lesiones) | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **160.** …una agresión sexual? (violación o intento de violación) | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **161.** …un abuso o agresión por parte de una fuerza de seguridad? | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |

 SOLO SI EL ENTREVISTADO RESPONDIO HABER SUFRIDO EL O ALGUN OTRO MIEMBRO DEL HOGAR UN HECHO DELICTIVO O DE VIOLENCIA…. SI NO, PASAR A P. 168.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **162. . Al menos en alguno de estos casos, ¿Hizo la denuncia policial?** | **SI** | **NO** | Ns/Nr |
| **1** | **2** | 9 |
| **M Ó D U L O D E I N D I V I D U O****S A L U D** |
| ***PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS*** |  |

**168. ¿En general, cuál es su estado de salud?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No tiene problemas de salud** | **1** | **Tiene algunos pocos problemas de salud** | **2** | **Tiene bastantes problemas de salud** | **3** | **Padece de alguna****enfermedad crónica o grave** | **4** | Ns/Nr | 9 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **168b En las últimas DOS semanas** *(LEER OPCIONES)* | **Nada** | **Un****poco** | **Lo****habitual** | **Bastante** | **Totalmente** |
| **168b**.1 ¿Hasta que punto algún dolor (físico) le ha impedido hacer lo quenecesita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **168b.2** ¿Cuánto necesita o necesitó de un tratamiento médico para poderdesarrollar su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **168b.3** ¿En qué medida ha tenido energía suficiente para su vida diaria? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| **168b.4** ¿Hasta qué punto se ha sentido capaz de desplazarse de un lugara otro? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **169. ¿** En lo que va del año **Ud. realizó alguna consulta médica (en forma virtual o presencial)?** | **Sí** | **No** | **No recuerda** |
| **1***( PASA A A P170)* | **2** *(PASAR A P174)* | 9*(PASAR A P174)* |

1. **¿Mediante qué prestador o sistema de salud se atendió en esa última consulta?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hospital público/Salita** | **1** | **Obra social o mutual** | **2** | **Pre-paga** | **3** | **Médico particular pagado por usted** | **4** | **PAMI** | **5** | **Otro** | **6** | Ns/Nr | 9 |

1. **¿En dónde se atendió la última vez que fue al médico?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ciudad de Buenos Aires** | **1** | **Conurbano bonaerense** | **2** | **En otra ciudad donde reside** | **3** | **En otra ciudad donde no reside** | **4** | **En otra provincia/ región/ país** | **5** | Ns/Nr | 9 |

1. **b. ¿ Durante la cuarentena, ¿necesitó usted atención médica, o tenía que hacer un tratamiento, operación, diagnóstico o control médico y sufrió cancelación o postergación?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Si** | **1** | **No** | **2** | **No necesité** | **3** | Ns/Nr | 9 |

***PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS***

1. **Sin considerar visita a guardia o emergencia, la última vez que pidió turno con un médico especialista, ¿cuánto tuvo que esperar para ser atendido?** *EXCLUIR CONSULTAS POR GUARDIA O EMERGENCIA. (LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Hasta una semana** | **1** | **Un mes** | **2** | **Más de dos meses** | **3** | **No pidió turno con especialista** | **0** | Ns/Nr | 9 |

1. **¿ En lo que va del año Con qué frecuencia Ud. realiza actividad física dentro o fuera de la casa (gimnasia, deportes, caminatas, etc.)? *(LEER OPCIONES)***

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nunca o de manera casual** | **1** | **Algunas veces al mes** | **2** | **Al menos una vez a la semana** | **3** | **Dos o tres veces por semana** | **4** | **Más de tres veces por semana** | **5** | Ns/Nr | **9** |

1. **Durante el último mes?, ¿cómo calificaría en general su calidad de sueño?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy buena** | **1** | **Bastante buena** | **2** | **Bastante mala** | **3** | **Muy mala** | **4** | Ns/Nr | 9 |
|  |  |

* 1. **Durante la CUARENTENA Ud….?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **….durmió más que antes** | **1** | **….durmió igual que antes** | **2** | **…durmió menos que antes** | **3** | Ns/Nr | 9 |

* 1. **. Con respecto al hábito de fumar tabaco, Durante la cuarentena Ud….?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No fumó** | **1** | **Fumó más que antes** | **2** | **Fumó igual que antes** | **3** | **Fumó menos que****antes** | **4** | Ns/Nr | 9 |

* 1. **Durante la cuarentena, ¿con qué frecuencia consumió bebidas alcohólicas? (LEER OPCIONES)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nunca** | **Alguna vez en la****cuarentena** | **Una vez por****semana** | **De 2 a 3 veces****por semana** | **4 veces por semana****o mas** | **Ns/Nr** |
| **1 (PASA A P178)** | **2** | **3** | **4** | **5** | **99 (PASA A P178)** |
|  |
| **177.b Con respecto al consumo de bebidas alcohólicas, Durante la cuarentena ud….?** *(LEER OPCIONES)* |
| **1** | **Bebió menos que antes** | **2** | **Bebió igual que antes** | **3** | **Bebió más que antes** | Ns/Nr | 9 |

**178. ¿Con cuál de las siguientes frases está Ud. más de acuerdo?** *(LEER JUNTAS AMBAS OPCIONES)*

**DEMOCRACIA Y VIDA CIUDADANA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Es mejor un gobierno con un Presidente con mucho poder…** *O le parece que...* | **1** |
| **Es mejor un gobierno donde el poder esté repartido entre el Presidente, el Congreso y la Justicia** | **2** |
|  **Ns/Nr**  |  9  |
|  |
| **Le voy a mencionar una serie de instituciones para que Ud. me diga qué tan confiables le parecen. Pensando en cómo funcionan hoy en la Argentina, ¿Ud. considera que (…) es Muy confiable, Bastante confiable, Poco confiable o Nada confiable?** *(LEER**OPCIONES)* | **Muy confiable** | **Bastante confiable** | **Poco confiable** | **Nada confiable** | Ns/Nr |
| **179. E**l Gobierno Nacional | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **179.b. El gobierno provincial** | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **180.b. El Gobierno local/municipal** | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **181. L**a Justicia | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **182.b. El sistema de Salud** | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **183. L**os Partidos Políticos | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| 184.b Los medios de comunicación | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **185.b. L**os Empresarios | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **186.b. L**a Iglesia Católica | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |

187.b. En general ¿Ud. está muy conforme, conforme, poco conforme o nada conforme con el funcionamiento de la democracia en Argentina? *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy conforme** | **1** |  | **Conforme** | **2** |  | **Poco conforme** | **3** |  | **Nada conforme** | **4** |  | Ns/Nr | 9 |

188.b. De las siguientes opciones, ¿cuál refleja mejor su posición con respecto a la despenalización del aborto en la Argentina?

*LEER TODAS LAS OPCIONES Y REGISTRAR UNA SOLA RESPUESTA*

|  |  |
| --- | --- |
| El aborto debe ser legal y gratuito | **1** |
| El aborto debe permitirse solo en determinados casos, por ejemplo cuando la mujer fue violada | **2** |
| El aborto no debe permitirse bajo ninguna circunstancia | **3** |
| Ns/Nr | 9 |
| **TRABAJO E INGRESOS** |

**, Usted en la actualidad, ¿cuál es su ocupación, oficio, especialidad o profesión sin importar si está trabajando o no en este momento?** *DESCRIBA EN DETALLE LA OCUPACIÓN Y EL TIPO DE TAREA*

***PARA TODOS LOS ENTREVISTADOS***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **214. OCUPACIÓN**: ........................................................….…………………………………………………………... | **Nunca tuvo 98** |  | **215. TAREA:** ……………………………………………………………………………………………………..………... | **Nunca tuvo 98** |

217.c) 217.d) NC:

**SI EL ENCUESTADO ES EL PSH (P216=1) Y TRABAJA O TUVO ALGUN TRABAJO, PASA A P221 Y SIGUE EL FLUJO SI EL ENCUESTADO ES EL PSH (P216=1) Y NUNCA TRABAJO (214=98 y 215=98), PASA A P22O Y SIGUE EL FLUJO SI EL ENCUESTADO NO ES EL PSH (P216=2) PASA A A P217, 218 Y SIGUE EL FLUJO**

**SI EL ENCUESTADO NO ES EL PSH (P216=2) Y PSH NUNCA TRABAJO PASA A 220 Y SIGUE EL FLUJO**

**En caso de no haber tenido nunca un trabajo u oficio:**

**220.** CAUSA DE INACTIVIDAD……………..…….

……………………….…………..………….....………..

*…* *(PASA A P223)*

**Si ha tenido o tiene el PSH un trabajo u oficio:**

1. ¿EN QUÉ OCUPACIÓN?: ………………………….………

………………………………………………………….……………

1. ¿CON QUÉ TAREAS? *(PASA A P221)*

**2**

**1**

**217. ¿Quién es el principal sostén de este hogar?**

(ANOTAR NOMBRE Y NÚMERO DE COMPONENTE)

**No**

**Sí**

**216. Es usted el Principal sostén económico de este hogar?**

1. **El PSH/Usted, en esa ocupación, oficio o profesión es/era:** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patrón de empresa (más de 5personas) | **1** | Patrón de 5 o menos personas o trabajador por su cuenta (noprofesional) | **2** | Profesional independiente | **3** | Obrero/ empleado en establecimiento de más de 5 personas | **4** | Obrero/ empleado en establecimiento de 5 o menospersonas | **5** | Otros Ns/Nr | 9 |

1. **Y el lugar donde trabaja/trabajaba el PSH/usted, es/era:** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Público** | **1** |  | **Privado** | **2** |  | **Otro** | **3** |  | Ns/Nr | 9 |

|  |
| --- |
| **ENCUESTADOR, NO UTILIZAR. RESERVADO PARA GABINETE** |
| **Grupo ocupacional** | **Nombre de la ocupación** | **214.b.****Entrevistado** | **218.b. PSH** |
| **Trabajador no calificado (excluido servicio doméstico)** | Changarín, peón, jornalero, cuidador, repositor, mozo, limpieza, maestranza, cadete, aprendiz, vendedor ambulante, cartonero | 1 | 1 |
| **Trabajador en el servicio doméstico** | Empleada doméstica, madre cuidadora, niñera, lavandera, planchadora, jardinero. | 2 | 2 |
| **Cuenta propia calificado (oficios)** | Albañil, pintor, plomero, electricista, gasista, carpintero, artesano, zapatero, mecánico, taxista, remisero, camionero, carnicero, verdulero, kiosco. | 3 | 3 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asalariado calificado en la construcción,****industria o transporte** | Operario fabril, tornero, soldador, armador, hilandero, costurero, maquinista, conductor, chofer, motoquero. | 4 | 4 |
| **Asalariado calificado en la administración, ventas y servicios** | Empleado administrativo, empleado de comercio, asistente contable. Cajero. Cocinero. Vigilante. Suboficial de Policía y FFAA. | 5 | 5 |
| **Técnico y cuadros similares** | Enfermero, docente no universitario, profesor particular. Jefe de sección, supervisor. Técnico en electrónica. Gestor, viajante. Oficial de Policía y FFAA. | 6 | 6 |
| **Patrón con menos de 6 ocupados** | Comerciante mayorista y minorista. Propietario de pequeñas empresas de industria y servicios. Pequeño productor agropecuario. | 7 | 7 |
| **Profesional** | Ingeniero, médico, farmacéutico, economista, contador, abogado, arquitecto, psicólogo, odontólogo. Consultor. Profesor universitario. | 8 | 8 |
| **Propietario de empresas grandes y****medianas** | Director, gerente de empresas grandes y medianas. Directivo de organismos públicos y sociales. Funcionario público superior. Juez | 9 | 9 |
| **Actividades sin ocupación definida** |  | 10 | 10 |
| **Una actividad laboral no asimilable** |  | 11 | 11 |
| **Causa de inactividad** | Cobra jubilación o pensión de algún tipo | 12 | 12 |
| Vive de rentas / alquileres / etc. | 13 | 13 |
| Vive de planes sociales o de empleo pero no trabaja | 14 | 14 |
| Vive de ayudas familiares | 15 | 15 |
| Ama de casa / cuida a algún integrante del hogar sin salario | 16 | 16 |
| Estudiante | 17 | 17 |
| Discapacidad | 18 | 18 |
| Ns/Nr | 99 | 99 |
| No se aplica | 98 | 98 |

**A TODOS LOS ENTREVISTADOS.***.*  **ATENCIÓN: SE RESPONDE SOBRE EL ENTREVISTADO**

**¿A qué se dedicaba usted antes de la cuarentena y a qué se dedica ahora?** *PREGUNTE POR CADA ITEM Y REGISTRE SIN OMITIR NINGUNO* **Y de estas, ¿Cuál era/es su ocupación principal?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *TODOS LOS QUE TIENEN ALGUNA OCUPACIÓN ENTRE P223 Y P231 DEBEN TENER REGISTRADA UNA OCUPACIÓN PRINCIPAL* | **Antes de la cuarentena ud.****Era….? (B)** | **Y Actualmente ud es?** |
| **Sí** | **No** | **232B.****Ocupación principal** | **Sí** | **No** | **232. Ocupación principal** |
| **223.** Es/era socio, patrón o empleador | **1** | **2** | **1** | **1** | **2** | **1** |
| **224.** Trabaja/ba en relación de dependencia en el sector público | **1** | **2** | **2** | **1** | **2** | **2** |
| **225.** Trabaja/ba en relación de dependencia en el sector privado | **1** | **2** | **3** | **1** | **2** | **3** |
| **226.** Trabaja/ba como profesional independiente *(SOLO**UNIVERSITARIOS)* | **1** | **2** | **4** | **1** | **2** | **4** |
| **227.** Tiene/tenía trabajo por cuenta propia (no profesional) | **1** | **2** | **5** | **1** | **2** | **5** |
| **228.** Trabaja/ba como empleado/a del servicio doméstico en casas de familia | **1** | **2** | **6** | **1** | **2** | **6** |
| **229.** Tiene/tenía empleos o trabajos temporarios (changas) | **1** | **2** | **7** | **1** | **2** | **7** |
| **230.** Trabaja/ba en negocio familiar o con pariente sin salario *(NO AMA DE CASA)* | **1** | **2** | **8** | **1** | **2** | **8** |
| **231.** Tiene/tenía un plan de empleo con contraprestación (PlanArgentina Trabaja, Seguro de Capacitación y Empleo u otro) | **1** | **2** | **9** | **1** | **2** | **9** |

**232.b. Durante el período de la cuarentena ud…** *(LEER OPCIONES Y REGISTRE UNA ÚNICA OPCIÓN)*

|  |  |
| --- | --- |
| Sigue o siguió trabajando como siempre o más | **1** |
| Está o estuvo de licencia por ser grupo de riesgo | **2** |
| Está trabajando o trabajó menos horas | **3** |
| Está o estuvo suspendido o debió dejar de trabajar | **4** |
| Perdió el empleo o se quedó sin trabajo | **5** |
| No aplica / no estaba trabajando | **9** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  ***A TODOS LOS ENTREVISTADOS*** | **Y además de esto, trabaje o no…** | **Si** | **No** |
| **233.** Cobra rentas por alquiler / acciones / etc. | **1** | **2** |
| **233.b.** Es jubilado o pensionado | **1** | **2** |
| **234.** Recibe ayuda económica de familiares o amigos fuera del hogar | **1** | **2** |
| **235.** Es ama de casa, cuida chicos o ayuda en las tareas domésticas (sin salario) | **1** | **2** |
| **236.** Cuida enfermos o discapacitados que viven o no en el hogar sin salario | **1** | **2** |
| **237.** Trabaja como voluntario para una organización sin salario | **1** | **2** |
| **238.** Estudia | **1** | **2** |

239. En su historia laboral ¿Tuvo Ud. alguna vez (por un período de al menos 12 meses) un empleo en relación de dependencia estable (*un trabajo en blanco*) o un trabajo como cuenta propia o patrón en el que pagaba sus aportes jubilatorios?

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí, tiene** | **1** | **Sí, tuvo** | **2** | **No, nunca tuvo** | **3** | Ns/Nr | 9 |

|  |
| --- |
| **240. Actualmente, Usted**... *(LEER OPCIONES)* |
| Está buscando trabajo | **1** |
| No busca trabajo porque se cansó de buscar | **2** |
| No busca trabajo porque cree que no va a encontrar | **3** |
| No busca trabajo porque ya tiene y no desea cambiar | **4** |
| No trabaja y no quiere trabajar | **5** |

|  |
| --- |
| **241.** En lo que va del año **¿Ud. estuvo alguna vez desempleado por razones ajenas a su voluntad?***(LEER OPCIONES)* |
| **Si, más de una vez** | **1** |  | **Si, sólo una vez** | **2** |  | **No, nunca** | **3** |  | Ns/Nr | 9 |

|  |
| --- |
| ***ENCUESTADOR: TODOS LOS QUE TIENEN O HACEN ALGUN TRABAJO. LOS QUE NO TRABAJAN PASAR A P262.b.*** |
| **Respecto de su ocupación principal** (*ES IMPORTANTE QUE SEA POR ESTE TRABAJO)* | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **243.** ¿Es Ud. asalariado con contrato de tiempo indeterminado; o Socio/Patrón/Cuenta Propia con trabajo estable? | **1** | **2** | 9 |
| **244.** ¿En este trabajo le realizan descuentos jubilatorios? | **1** | **2** | 9 |
| **245.** ¿Realiza usted aportes jubilatorios (Monotributo / Autónomo)? | **1** | **2** | 9 |
| **246.** ¿Tiene por este trabajo obra social / mutual? | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **247.** ¿Está usted afiliado a un sindicato por ese trabajo (en caso de ser asalariado) o a un gremio/cámara (cuentapropia, patrón o empresario)? | **1** | **2** | 9 |

1. **¿Está Ud. registrado en monotributo social, monotributo en alguna categoría o como autónomo?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Monotributo social | **1** |  | Monotributo en alguna categoría | **2** |  | Autónomo | **3** |  | No registrado | **4** |  | Ns/Nr | 9 |

1. **En su ocupación principal, Usted trabaja...** *LEER OPCIONES*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Para un patrón o empresa privada*(PASA A P251)* | **1** | En forma independiente*(PASA A P250)* | **4** |
| Para una organización o institución pública*(PASA A P251)* | **2** | En una cooperativa o colectivo de trabajo*(PASA A P250)* | **5** |
| En la casa de una familia*(PASA A P251)* | **3** | Otro*(PASA A P251)* | **6** |

1. **Cuantos clientes/contratistas posee?**

*(PASA A P251)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Uno | **1** | Más de cinco | **3** |
| Dos a cinco | **2** | Ns/Nr | 9 |

1. **Aproximadamente, en total ¿Cuántas personas, incluida Ud., trabajan en todo el establecimiento de su ocupación principal?**

*(ESPONTÁNEA)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Una persona | **1** |  | 2 a 5 | **2** |  | 6 a 15 | **3** |  | 16 a 25 | **4** |
| 26 a 40 | **5** | 41 a 100 | **6** | Más de 100 | **7** | Ns/Nr | 9 |

1. **¿Y cuán satisfecho está Ud. con las condiciones de trabajo de su actual empleo/ ocupación principal?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy satisfecho** | **1** |  | **Satisfecho** | **2** |  | **Poco satisfecho** | **3** |  | **Nada satisfecho** | **4** |  | Ns/Nr | 9 |

1. **¿Su empresa o establecimiento donde trabaja cuenta con los servicios de un contador?**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sí** | **1** |  | **No** | **2** |  | Ns/Nr | 9 |



*SE REFIERE A TODAS LAS OCUPACIONES*

1. **¿Durante la última semana, cuántas horas semanales trabajó Usted considerando todos sus empleos / ocupaciones?**

|  |
| --- |
| Horas semanales: …………………………………………………………………………………………………...................................................... |
|  |
| **En este momento…** | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **257.** ¿Desearía Ud. trabajar más horas o agregar otro empleo? | **1** | **2** | 9 |
| **258** ¿Ud. desearía cambiar de trabajo o de empleo? | **1** | **2** | 9 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **260.** *A TODOS LOS QUE HAYAN TENIDO ALGÚN TRABAJO EL MES PASADO*Sumando todos sus trabajos, changas o empleos **¿cuánto dinero cobró Ud. el mes pasado?** *SI EL ENTREVISTADO RESPONDE “NS/“NR” EN P260 o responde un ingreso m* | *enor* | $ .....................................*(PASA A P262b)**a 1000 (mil) o mayor a 100.00* | 9. Ns/Nr*(PASA A P261)**0 (cien mil)* |

*PREGUNTAR:*

261. ¿Podría decirme en qué rango está el ingreso que tuvo el mes pasado por todos sus trabajos? *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **De 0 a****$6.000** | **De****$6.001 a****$10.000** | **De****$10.001****a****$15.000** | **De****$15.001****a****$20.000** | **De****$20.001****a****$25.000** | **De****$25.001****a****$33.000** | **De****$33.001****a****$43.000** | **De****$43.001****a****$55.000** | **De****$55.001****a****$70.000** | **De****$70.001****a****$100.00 0** | **De****$100.001****a****$150.000** | **De****$150.001****a****$200.000** | **$200.00****1 o más** | **Ns/Nr** |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | 99 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *A TODOS LOS ENTREVISTADOS.***En lo que va del año , ¿Ud. o algún miembro del hogar obtuvo algún préstamo o crédito en efectivo para***…**(LEER OPCIONES PARA CADA TIPO DE PRÉSTAMO/CRÉDITO)* |  | SOLO PARA LOS QUE RESPONDEN SÍ**d) Ese prestamo lo obtuvo en…** |
| **Sí** | **No** | **a. En banco público** | **b. En banco privado** | **c. En financiera** | **d. A familiar o conocido** | **e. En ANSES** |
| **262.c** Para iniciar o sostener un negocio oemprendimiento, incluyendo los prestamos a “tasa 0%” del gobierno. | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** |
| **263.c** Adquirir un bien durable, electrodoméstico o biende consumo | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** |
| **264.c** Pagar deudas o cubrir otras necesidades básicasdel hogar | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** |
| **265.c** Ampliación, refacción o compra de terreno o vivienda | **265a**. PROCREAR | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** |
| **265b**. Otro | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** | **2** | **1** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En su hogar ¿es Ud. la persona encargada de hacer las siguientes tareas… (LEER OPCIONES)** | **Si** | **NO** |
| 266 limpiar, lavar, planchar? | **1** | **2** |
| 267 hacer la comida – cocinar? | **1** | **2** |
| 268 cuidar a niños u otro familiar que viven con Ud.? | **1** | **2** |
| 268.b. cuidar niños u otro familiar que NO viven con Ud? | **1** | **2** |
| 269 realizar compras, mandados en almacenes y supermercados? | **1** | **2** |
| 270 realizar arreglos en el hogar (artefactos, jardinería, etc.)? | **1** | **2** |
| **ACTITUDES Y HABILIDADES** |
| Por favor, conteste a las siguientes preguntas “pensando cómo se sintió Ud. en el último mes” **¿Ud se sintió**... **en el último****mes**...**?** *(LEER OPCIONES)* | **Siempre** | **Muchas veces** | **A veces** | **Pocas veces** | **Nunca** | Ns/Nr |
| **289** cansado sin motivo? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **290** nervioso? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **291** tan nervioso que nada podía calmarlo? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **292** desesperanzado? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **293** inquieto o impaciente? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **294** tan inquieto que no podía quedarse sentado? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **295** deprimido? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **296** ha sentido que todo le costaba mucho esfuerzo? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **297** ha sentido tanta tristeza que nada podía alegrarlo? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |
| **298** inútil, poco valioso? | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 9 |

Las siguientes frases indican “distintos modos en que una persona puede actuar ante un problema”. **Señale cuál es su forma de actuar o de reaccionar ante ellos.** No hay respuestas correctas o incorrectas. Responda con sinceridad. *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ante un problema...** | **Casi****siempre** | **Muchas****veces** | **Pocas****veces** | **Casi****nunca** | Ns/Nr |
| **299.** Se pone tan mal que no puede hacer nada | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **300.** Deja que el destino o Dios se ocupen de su problema | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |
| **301**. Busca alguna manera de olvidar sus dificultades | **1** | **2** | **3** | **4** | 9 |

**A continuación le voy a hacer algunas preguntas que expresan distintas opiniones ante la vida. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo responda con sinceridad.** *SI AL ENTREVISTADO LE CUESTA COMPRENDER CUÁNDO CONTESTAR*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Sí** | **No** | Ns/Nr |
| **302.** Usted, ¿puede pensar proyectos más allá del día a día? | **1** | **2** | 9 |
| **303.** Conseguir lo que uno quiera de la vida ¿depende de tener suerte? | **1** | **2** | 9 |
| **304.** Usted cree que: Con el voto no se cambia nada | **1** | **2** | 9 |
| **305.** Usted cree que: En la vida, las cosas son como son y no hay forma de cambiarlas | **1** | **2** | 9 |
| **306.** Usted cree que: Hacer planes no tiene sentido porque muchas cosas son cuestión de suerte | **1** | **2** | 9 |
| **307.** Usted cree que: Muchas veces las decisiones las toman otros por usted (no controla su vida) | **1** | **2** | 9 |
| **308.** Usted cree que: Como el mundo está manejado por algunas personas con poder, los demás no podemoshacer mucho para cambiar las cosas | **1** | **2** | 9 |

*POR SI O POR NO, DIGALE QUE PUEDE RESPONDER SI ESTÁ DE ACUERDO O EN DESACUERDO*

1. **En la siguiente escala, ¿qué tan feliz se considera?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy feliz** | **4** | **Feliz** | **3** | **Poco feliz** | **2** | **Nada feliz** | **1** | Ns/Nr | 9 |

1. **¿Cómo calificaría su calidad de vida de las DOS ultimas semanas?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Excelente** | **1** | **Muy buena** | **2** | **Buena** | **3** | **Regular** | **4** | Mala | 5 | Ns/Nr | 9 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **En las últimas semanas…** | **Totalmente satisfecho** | **Bastante satisfecho** | **Satisfecho** | **Bastante insatisfecho** | **Totalmente insatisfecho** | Ns/Nr |
| **311. ¿Cuán satisfecho/a se ha sentido con su****vida?** *(LEER OPCIONES)* | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 9 |

**312.b. ¿Cómo evalúa usted que fue la convivencia en el hogar durante la cuarentena?** *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Muy****Buena** | **1** | **Buena** | **2** | **Regular** | **3** | **Mala** | **4** | **muy mala** | **5** | **No aplica****(vive solo)** | **6** | Ns/Nr | 9 |

313.b. ¿Qué efecto cree usted que tuvo la cuarentena sobre la convivencia en el hogar? *(LEER OPCIONES)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Mejoró la convivencia** | **1** | **No tuvo cambios** | **2** | **Empeoró la convivencia** | **3** | **No aplica (vive solo)** | **4** | Ns/Nr | 9 |
| **SOLO RESPONDENTES MUJERES** |

314b. ¿Podría decirme si durante la cuarentena ha sido objeto de alguno de estos actos por parte de una pareja, expareja u otro miembro del hogar? LEER CADA ITEM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Si** | **No** | **Ns/Nr** |
| **1. Violencia verbal** (insultos, acusaciones de infidelidad, descalificaciones, revisar su teléfono/cuenta de e-mail) | 1 | 2 | 9 |
| **2 Amenazas** (amenazas de lastimarla a usted, a sus hijos o a otras personas que a usted le importan; amenazasde quitarle a sus hijos/as; amenazas de violencia; amenazas con retirar el apoyo económico) | 1 | 2 | 9 |
| **3. Violencia física** (golpes, bofetadas, empujones, patadas, tiradas de pelo, etc.) | 1 | 2 | 9 |
| **4. Violencia sexual** (por miedo a su pareja, tuvo relaciones sexuales sin desearlo; o fue obligada a tener actossexuales que usted no quería) | 1 | 2 | 9 |

## HOGARES SIN NIÑOS FIN DE LA ENCUESTA

 **MÓDULO INFANCIA (0 a 17 años)**

***ENCUESTADOR: CHEQUEE EN LA GRILLA DE HOGAR LA EXISTENCIA DE NIÑOS Y/O ADOLESCENTES DE 0 A 17 AÑOS. SI EN EL HOGAR HAY NIÑOS Y/O ADOLESCENTES DE ESAS EDADES, COMPLETE ESTE CUESTIONARIO Y RECUERDE QUE SÓLO PUEDE RESPONDER ESTE MÓDULO EL PADRE, MADRE O TUTOR DE LOS NIÑOS O ADOLESCENTES QUE VIVEN EN EL HOGAR.***

 *LISTE LOS NIÑOS/AS DE MENOR A MAYOR CON SU NOMBRE DE PILA Y ASIGNE EL NÚMERO DE COMPONENTE* ***(NC)*** *QUE TIENEN EN LA GRILLA DE HOGAR. REALICE TODAS LAS PREGUNTAS PARA CADA UNO DE LOS NIÑOS/AS Y REGISTRE LAS RESPUESTAS CON EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE EN LA COLUMNA ASIGNADA AL NIÑO/A.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N0. Nombre de pila del niño o niña de 0 a 17 años:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N1. Número de componente del hogar del niño** (ver en grilla Hogar NC) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N2. Número de componente de la madre / madrastra / tutor mujer**(ver en grilla Hogar NC) 0. No tiene /no vive en el hogar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N3. Número de componente del padre / padrastro / tutor varón**(ver en grilla Hogar NC) 0. No tiene /no vive en el hogar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N4. Usted es de (…):**1.Madre 2.Padre 3.Abuela 4.Abuelo 5.Otro responsable |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N5. ¿Cuál es la edad de (…)?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N6. ¿Cuál es la fecha del cumpleaños de (…)? DD/MM** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N8. ¿Vive (…) con su madre en este hogar?** 1. SI 2. NO |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N9. ¿Vive (…) con su padre en este hogar?** 1. SI 2. NO |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N10. ¿Cobra (….)?**1. El plan Asignación universal por hijo (AUH)
2. Asignación por hijo discapacitado Pensión 7 hijos
 | 3 Salario familiar1. Salario Unico de Asignación Familiar (SUAF).
2. Otros planes del gobierno
3. No recibe nada

9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N13. SOLO PARA MENORES DE UN AÑO. ¿Cómo se alimenta (…)?***REGISTRE TODOS LOS ALIMENTOS QUE CONSUME (RESPUESTA MÚLTIPLE)*1. Lactancia materna exclusiva (pase a N26)
2. Lactancia materna no exclusiva (continua con opciones múltiples)
3. Leche de fórmula
4. Leche común 5. Otros líquidos (te, mate cocido, jugos, etc.)

6. Otros alimentos |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N14. PARA TODOS (excepto Lactancia exclusiva en N13).****¿Habitualmente con las comidas (…) suele tomar:**1. Agua (agua de la canilla o embotellada)
2. Bebidas saborizadas con azúcar (jugos en polvo, gaseosas regulares, aguas saborizadas)
3. Bebidas saborizadas sin azúcar (gaseosas diet, jugos y/o aguas saborizadas dietéticas)
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N15. ¿RECIBE…. algún tipo de alimentación gratuita (copa de leche, refrigerio, almuerzo, merienda) en:** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A. Escuela, Jardín, Guardería 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B. Comedores parroquiales o iglesia (cualquier credo) 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C. Otros comedores (municipal, organismos privados) 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N16. ¿Habitualmente, (…) desayuna un lácteo (yogurt, o vaso de leche o trozo de queso)?** 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N17. ¿Habitualmente, (…) desayuna té, mate cocido, café, CON leche?**1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N18. ¿Habitualmente, (…) desayuna galletas, pan, o cereales?**1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N19. ¿Habitualmente, (…) desayuna frutas frescas o un jugo natural de frutas?** 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **A continuación, le preguntaremos sobre el consumo semanal y diario de un conjunto de alimentos. ENCUESTADOR:** *SI EL CONSUMO ES MENOR**A 1 VEZ POR SEMANA REGISTRAR 0 (cero).* |
| **N20. ¿Cuántos días por semana, (...) come frutas frescas?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N20.1 ¿En este caso, cuántas veces al día lo hace? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N21. ¿Cuántos días por semana, (…) come verduras frescas (ensaladas) y/o verduras cocinadas (que no sea papa, batata, choclo o mandioca)?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N21.1 ¿En este caso, cuántas veces al día lo hace? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N22. ¿Cuántos días por semana, (...) come carne vacuna?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N22.1 ¿En este caso, cuántas veces al día lo hace? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N23. ¿Cuántos días por semana, (...) come pastas o arroz?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N23.1 ¿En este caso, cuántas veces al día lo hace? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N24. ¿Cuántos días por semana, (...) toma yogurt o un vaso de leche o un trozo de queso fuera del desayuno?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| N24.1 ¿En este caso, cuántas veces al día lo hace? |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N25. ¿Festejaron el último cumpleaños (de manera presencial o virtual) de (…)?** 1. Si 2. No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N26. ¿Comparte (...) cama o colchón para dormir?** 1. Si 2. No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N27. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico PEDIATRA / CLÍNICO para un control?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Años
2. Meses
 | 1. Días
2. No lo recuerda
 | 5. Nunca ha ido al médico9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N28. ¿Cuánto tiempo hace que consultó a un médico ODONTÓLOGO / DENTISTA para un control?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Años
2. Meses
 | 1. Días
2. No lo recuerda
 | 5. Nunca ha ido al médico9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N29. ¿Tiene (….) todas las vacunas que corresponden a su edad?**1.Si 2.No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N30. ¿Cómo evalúa la atención de la salud que recibe (…)?**1. Muy buena 2. Buena 3 Regular 4. Mala 5. Muy mala 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOLO PARA NIÑOS/AS MENORES DE 0 A 12 AÑOS.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N31. Durante los último 30 días, ¿Ud. o algún miembro de su familia:**A. Le contó o leyó cuentos a (…)? 1. Si 2. No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B. Cantaron canciones con (…)? | 1. Si | 2. No | 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C. Pasaron tiempo jugando con (…)? | 1. Si | 2. No | 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D. Pasaron tiempo dibujando con (…)? | 1. Si | 2. No | 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PARA TODOS LOS NIÑOS/AS ENTRE 3 Y 17 AÑOS (NIÑOS/AS DE 0 A 2 AÑOS PASA A N43)** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N32b ¿En los últimos 30 días, (. ) practicó alguna actividad física o****deportiva no escolar (futbol, básquet, running, bicicleta, natación, patín, etc.)?** 1. Si 2. No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N33b Durante la cuarentena, ¿cuántos días a la semana (...) salió a jugar al aire libre?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N34b Durante la cuarentena, ¿cuántas veces a la semana (...) realizó juegos activos como:** *saltar a la cuerda, andar en skate, manchas, escondidas, poli-ladron, otros juegos de persecución, andar en bicicleta, patines, jugar a la pelota, u otros juegos activos*, e**n que los latidos de su corazón y/o su respiración se aceleren a una intensidad mayor que cuando está en reposo (sentado o acostado)?** SIN IMPORTAR ELESPACIO, DENTRO O FUERA DE LA CASA. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N38. De lunes a viernes, ¿cuánto tiempo utiliza diariamente internet?**1.Menos de una hora 2. Entre 1 y 2 horas3. Más de dos horas 4. Nada 9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N39. De lunes a viernes, ¿cuánto tiempo ve diariamente de televisión?**1.Menos de una hora 2. Entre 1 y 2 horas3. Más de dos horas 4. Nada 9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N40. Ud. diría que (…) lee (ya sea libros, revistas o diarios):** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Habitualmente (casi todos los días)
2. Algunas veces en la semana
3. De vez en cuando
 | 4. Casi nunca o nunca / “es raro verlo leer”9. Ns/Nr |
| **N41. Ud. diría que (…) utiliza Internet (ya sea para jugar, chatear, etc):** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1. Habitualmente (casi todos los días)
2. Algunas veces en la semana
3. De vez en cuando
 | 4. Casi nunca o nunca9. Ns/Nr |
| **N42. ¿Tiene (…) celular propio?** | 1. Si | 2. No | 9. Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **TODOS.** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N43. ¿Cursa o cursó (de modo presencial o virtual) algún nivel educativo (Guardería, Jardín de infantes, Escuela Primaria, Secundaria)?****1. Cursa 2. No Cursa pero cursó****3. Nunca Asistió….** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOLO PARA NIÑOS/AS QUE ASISTEN ENTRE 0 y 17 AÑOS (NIÑOS/AS DE 5 A 17 AÑOS QUE NO ASISTEN PASA A N52, NIÑOS/AS ENTRE 0 Y 4 QUE NO ASISTEN PASAN A N55)****N44b. Durante la cuarentena, ¿Cuál fue el principal medio de comunicación entre (….) y la escuela para continuar con las tareas escolares? (**LEER OPCIONES RESPUESTA ÚNICA)1. Redes sociales
2. Facebook, WhatsApp, Instagram o Twitter) 3-Videos de YouTube
3. Plataformas como Zoom, Teams, Meet, Classroom, etc.
4. Página web de la escuela o blog
5. Por correo electrónico (mail)
6. Teléfono fijo / celular
7. Otro
8. No tuvo contacto / no dispone de los medios 99- Ns/Nr
 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N45b Usted cree que (…) volverá a la escuela presencial?**1. Si 2. No 3. Ya regresó 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N51. ¿Tiene (…) un lugar tranquilo con espacio y luz suficiente para hacer la tarea escolar?** 1.Si 2.No 9.Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SOLO 5 A 17 AÑOS . N52. ¿Alguna de estas tareas suele ser responsabilidad habitual de (…) cuando ustedes están trabajando o no están en casa?** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A. Atender la casa (limpiar, lavar, planchar, etc.) 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| B. Hacer la comida |  |  | 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C. Cuidar a sus hermanos |  |  | 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D. Hacer compras, mandados, juntar agua, buscar leña 1. Si 2. No |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N53. En los últimos 12 meses, ¿(...) ayudó a sus padres o conocidos en su trabajo, hizo alguna actividad por su cuenta para ganar dinero o tuvo algún trabajo como empleado o aprendiz? 1. Si 2. No 9. Ns/Nr** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **N54. ¿En los últimos 12 meses (...) realizó alguna de las siguientes actividades? GUIADA UNA POR UNA:** (1) Si (2) No (9) Ns/Nr |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A. Ayudó a alguien de su familia en un negocio o trabajo |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B.Hizo alguna actividad por su cuenta para alguien que NO es del hogar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| C.Hizo algún trabajo como empleado o aprendiz para alguien que NO es del hogar |  |  |  |  |  |  |  |  |
| D.Mandados o trámites para ganar algún dinero o propina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E.Limpiar parabrisas, abrir puertas, hacer malabares por propina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| F.Cortar el pasto, podar árboles, juntar leña, por un propina |  |  |  |  |  |  |  |  |
| G.Cuidar a algún enfermo, niño o persona mayor, fuera de su hogar por algún dinero |  |  |  |  |  |  |  |  |
| H.Preparar comida o pan para vender |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.Repartir comida, diarios o mercaderías a cambio de algún dinero |  |  |  |  |  |  |  |  |
| J.Limpiar casas o negocios, lavar o planchar ropa para afuera por algún dinero |  |  |  |  |  |  |  |  |
| K.Juntar en la calle papel, cartón o botellas para vender |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **PARA TODOS LOS RESPONDENTES DEL MÓDULO NIÑEZ** |  |
| **N55. Las personas adultas usan ciertas maneras de enseñar a los chicos lo que está mal. Voy a leerle distintos modos de hacerlo y le voy a pedir que me diga si usted o alguien de su casa los usa.** | **Sí** | **No** | **Ns/Nr** |  |
| A. Ponerle una penitencia (no mirar TV, no salir a jugar) | 1 | 2 | 0 |  |
| B. Retarlo en voz fuerte, gritarle | 1 | 2 | 0 |  |
| C. Darle un chirlo, pegarle | 1 | 2 | 0 |  |
| D. Decirle que es torpe, un tonto, un inútil | 1 | 2 | 0 |  |