

**I. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA**

**UBICACIÓN GEOGRÁFICA**

2\_\_\_\_\_

1. DEPARTAMENTO

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

2. MUNICIPIO

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

3. ALDEA

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

4. CASERÍO

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

5. BARRIO O COLONIA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**II. DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA**

6. TELÉFONO DE DOMICILIO

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

7. TELÉFONO CELULAR

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

8. REFERENCIA

|  |
|--|
|  |
|--|

9. APELLIDOS Y NOMBRES DEL INFORMANTE

|  |
|--|
|  |
|--|

DNI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**III. PERSONAL RESPONSABLE**

NOMBRES DEL ENCUESTADOR(A)

|  |
|--|
|  |
|--|

DNI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**FECHA DE LA ENCUESTA**

DÍA      MES      AÑO

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Confirmando que la información proporcionada es verídica y actual. Así mismo autorizo al Observatorio de Desarrollo Social, a utilizarla para los fines o programas que se estime convenientes, incluyendo su almacenamiento, análisis, validación, socialización o procesamiento. Entiendo que el Gobierno se reserva el derecho a utilizar la información proveída en caso de detectarse alteraciones u omisiones de datos en la misma.

\_\_\_\_\_  
Firma o huella del  
informante adecuado

### VIII. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

RM: Respuesta Múltiple, esta opción será utilizada en aquellas preguntas donde exista más de una respuesta

#### 1. Su vivienda es:

- Alquilada
- Propia y totalmente pagada/ sin deuda
- Propia y la está pagando
- Propia y recuperada
- Propia y recuperada sin legalizar
- Cedida sin pago/Prestada
- Recibida por servicios de trabajo
- Otros/especifique

#### 2. El material predominante en las paredes es:

- Bahareque, vara o caña
- Desechos
- Madera Natural
- Adobe
- Material prefabricado
- Ladrillo, piedra o bloque
- Madera aserrada
- Lámina de Zinc
- Yagua
- Caña brava
- Otro Especifique

#### Condiciones o estado de las paredes

- Bueno
- Regular
- Malo

#### 3. El material predominante en el techo es:

- Paja, palma o similar/Manaca
- Material de desecho/Plástico
- Teja de barro
- Madera
- Lámina de Zinc
- Lámina de asbesto
- Concreto
- Aluzinc
- Teja de cemento
- Shingle
- Yagua

#### Condiciones o estado del techo

- Bueno
- Regular
- Malo

#### 4. El material predominante del piso es:

- Tierra
- Madera Natural
- Ladrillo de barro
- Plancha de cemento
- Ladrillo de cemento
- Ladrillo de granito
- Cerámica
- Cemento pulido
- Otro/Especifique

#### Condiciones o estado del piso

- Bueno
- Regular
- Malo

¿Alguna pieza que utiliza para cocinar o dormir es de piso de tierra?

- Si
- No

#### 5. ¿Cuál es el tipo de alumbrado que utiliza principalmente en su vivienda?

- Servicio público
- Servicio privado colectivo
- Planta propia
- Energía solar/paneles solares
- Vela/ candela
- Candil o lámpara de kerosen
- Ocote
- Otro/Especifique

#### 6. El abastecimiento de agua es:

- Servicios Públicos
- Servicios Privados

#### 7. El agua que utiliza en su vivienda la obtiene principalmente de:

- Red de servicio por tubería dentro de la vivienda
- Red o servicio por tubería fuera de la vivienda pero dentro de la propiedad
- Pila o llave pública comunitaria
- Pozo malacate
- Rio, riachuelo, manantial, ojo de agua
- Camión cisterna u otro similar
- Pozo con bomba
- La obtiene del vecino/ otra vivienda
- Cosecha/recolección de agua
- Otro/especifique:

#### 8. ¿Qué tratamiento le da frecuentemente al agua que utilizó para beber?

- La hierve
- La clora
- La filtra
- Compra agua purificada
- Sodificación solar (Sodis)
- Ninguno
- Otro/Especifique

#### 9. ¿Qué tipo de servicio sanitario utiliza?

- Inodoro conectado a red de alcantarillado
- Inodoro conectado a pozo séptico
- Inodoro sin conexión a pozo séptico ni alcantarillado
- Letrina con descarga a rio, laguna, mar
- Letrina con cierre hidráulico/taza campesina
- Letrina con pozo séptico
- Letrina abonera
- No tiene
- Otro/Especifique

### IV. DATOS DEL HOGAR

1. ¿Cuántas personas comen y duermen permanentemente en este hogar?

Hombre   + Mujer   = Total

2. ¿Cuántas piezas utiliza el hogar para dormir?

3. ¿Alguna persona que vivía en el hogar se encuentra viviendo en el extranjero?

1.  Si    2.  No

Hombres    Mujeres    Total  
  +   =

4. ¿Algún miembro del hogar recibe remesas?

1.  Si    2.  No    3.  No sabe

5. ¿Qué combustible utiliza principalmente para cocinar?

1.  Leña  
 2.  Gas (Kerosen)  
 3.  Gas propano (chimbo)  
 4.  Electricidad  
 5.  Residuos  
 6.  Otros especifique

**Si la opción de respuesta es 1 conteste la pregunta 6, si no pase a la pregunta 7**

6. ¿Cuanto gastó en leña la semana pasada?

Lps.  .

7. ¿Cuanto es el ingreso del hogar en el último mes?

Lps.

8. ¿Cuanto es el gasto del hogar en el último mes?

Lps.

9. ¿Con qué tipo de servicios financieros cuenta el hogar?

1.  Caja rural.  
 2.  Bancos comunales.  
 3.  Banco comercial.  
 4.  Coperativa de ahorro y crédito  
 5.  Ninguno.  
 6.  No sabe/No responde

10. ¿Cómo elimina la basura en esta vivienda?

1.  Recolección domiciliaria pública  
 2.  La deposita en contenedores  
 3.  La entierra  
 4.  La prepara para abono  
 5.  La quema  
 6.  La tira en cualquier lugar  
 7.  Otro/Especifique:

RM

11. Bienes, enseres o servicios en uso que se encuentran dentro del hogar

1.  Estufa de gas  
 2.  Estufa eléctrica  
 3.  Hornilla  
 4.  Horno micondas  
 5.  Fógón tradicional con chimenea  
 6.  Fógón tradicional sin chimenea  
 7.  Ecofógón  
 8.  Refrigeradora  
 9.  Licuadora  
 10.  Lavadora  
 11.  Plancha eléctrica  
 12.  Televisor a color  
 13.  Equipo de sonido  
 14.  Computadora →  Cantidad de computadoras  
 15.  Internet →  Wi-fi  Datos  
 16.  Cable/Antena satelital  
 17.  Tableta →  Cantidad de tabletas  
 18.  Radio  
 19.  DVD  
 20.  Bicicleta Adulto  
 21.  Aire Ac  
 22.  Motocicleta  
 23.  Teléfono celular →  Cantidad teléfonos  
 Inteligente  Básico  Plan  Recarga  
 24.  Teléfono fijo  
 25.  Cosechadora de agua/ Membrana de agua  
 26.  Recolección de agua lluvia  
 27.  Panel solar  
 28.  Ninguno

RM

**V. SEGURIDAD ALIMENTARIA**

**Nota:** (Rellene el o los ovalos que correspondan)  
 En los últimos 30 días, ha habido algún momento en que:

1. ¿Usted o algún miembro del hogar se ha preocupado por no tener suficientes alimentos para comer por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

2. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar no haya podido comer alimentos saludables por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

3. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya comido poca variedad de alimentos por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

4. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya tenido que dejar de desayunar, almorzar o cenar por que no había suficiente dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

5. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar no haya comido menos de lo que pensaba que debía comer por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

6. ¿Hubo alguna vez en que su hogar se haya quedado sin alimento por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

7. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya sentido hambre pero, no comio por que no había suficiente dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

8. ¿Hubo alguna vez en que usted o algún miembro del hogar haya dejado de comer todo el día por falta de dinero u otros recursos?  
 1.  Si    2.  No  
 3.  No sabe    4.  No responde

**VI. AGRICULTURA**

1. El hogar utiliza tierras para cultivo o cría de ganado:  
 1.  Si  
 2.  No  
**Si la respuesta es No, pasar al siguiente capítulo**

2. ¿Cual es el principal uso que le da a la tierra?  
 1.  Cultivos  
 2.  Pastos  
 3.  En descanso  
 4.  Cria de ganado y/o especies menores  
 5.  Otros  
 6.  No sabe/no responde

3. ¿La tierra que utiliza sufrió algún tipo de afectación?

1.  Sí

2.  No

4. ¿Cuál es la cantidad de tierra afectada?

Cantidad

Manzanas  Hectáreas  Táreas

**VII. PRODUCCIÓN GANADERA Y ESPECIES MENORES**

6. De los siguientes animales actualmente ¿De cuáles dispone o son propiedad del hogar?

|   | Cantidad             |    |
|---|----------------------|----|
| 1. <input type="radio"/> Vacas              | <input type="text"/> | RM |
| 2. <input type="radio"/> Toros              | <input type="text"/> |    |
| 3. <input type="radio"/> Bueyes             | <input type="text"/> |    |
| 4. <input type="radio"/> Novillo/Vaquilla   | <input type="text"/> |    |
| 5. <input type="radio"/> Terneros           | <input type="text"/> |    |
| 6. <input type="radio"/> Cerdos             | <input type="text"/> |    |
| 7. <input type="radio"/> Cabras             | <input type="text"/> |    |
| 8. <input type="radio"/> Ovejas             | <input type="text"/> |    |
| 9. <input type="radio"/> Gallos             | <input type="text"/> |    |
| 10. <input type="radio"/> Gallinas          | <input type="text"/> |    |
| 11. <input type="radio"/> Patos             | <input type="text"/> |    |
| 12. <input type="radio"/> Jolotes           | <input type="text"/> |    |
| 13. <input type="radio"/> Gansos            | <input type="text"/> |    |
| 14. <input type="radio"/> Otros/Especifique | <input type="text"/> |    |
| 15. <input type="radio"/> Pollos de crianza | <input type="text"/> |    |
| 15. <input type="radio"/> Ninguno           | <input type="text"/> |    |

**GESTIÓN DE RIESGOS Y DESASTRES**

1. ¿Su vivienda sufrió algún tipo de daño?

1.  Sí

2.  No

Si respondió la opción 2 pasar al siguiente capítulo

2. Los daños ocasionados en su vivienda fueron en:

1.  Vivienda completa

Severo  Moderado  Leve  Inhabitable

2.  Techo

Severo  Moderado  Leve  Inhabitable

4.  Paredes

Severo  Moderado  Leve  Inhabitable

5.  Piso

Severo  Moderado  Leve  Inhabitable

6.  No tuvo ningún daño

3. La unidad de vivienda y/o terreno que actualmente ocupa usted ha sido impactado amenazado por alguno de los siguientes eventos:

1.  Deslizamiento/Derrumbes RM

2.  Abalancha/Alud

3.  Inundación, lluvias, marejadas y huracanes

4.  Temblores

5.  Sequías

6.  Ninguno

7.  No sabe/No responde

8.  Otros/Especifique:

4. Durante la emergencia ¿Qué tipo de apoyo recibió?

1.  Albergue

2.  Atención Médica RM

3.  Atención Psicológica

4.  Atención Psicosocial

5.  Apoyo Económico

6.  Menaje

7.  Kit de higiene

8.  Alimentación

9.  Vestuario

**IX. ACTIVIDAD DE EMPLEO**

1. ¿Cuál es su situación respecto al empleo durante la semana pasada?

1.  Asalariado RM

Público

Privado

Empleada doméstica

A cuenta propia

Trabajo familiar no remunerado

2.  Desocupado

Cesantes

Busca trabajo por primera vez

3.  Inactivos

Estudiantes

Pensionados

Jubilados

Que haceres en el hogar

2. Si en la pregunta 1, contestó la opción 1 ¿Sector en el que se desempeña principalmente?

1.  Forestal

2.  Agricultura RM

3.  Ganadería

4.  Pecuario

5.  Agroindustrial

6.  Minería

7.  Turismo

8.  Recolección domiciliar pública

9.  La deposita en contenedores

10.  La entierra

11.  La prepara para abono

12.  La quema

13.  La tira en cualquier lugar

14.  Otro/Especifique:

3. Si en la pregunta 1, contestó la opción 1 ¿Cuál fue el total de horas que trabajó la semana pasada?

Horas por semana

4. Si en la pregunta 1, contestó la opción 1 ¿Este empleo es?

1.  Temporal

2.  Permanente

5. ¿Cuál fue su ingreso en lempiras por trabajo el mes pasado en la ocupación principal que desempeño?

Lps.

6. La afectación de materia prima y/o insumos para desarrollar su ocupación es:

1.  Total

2.  Parcial

7. ¿Por que motivo no trabajó la semana pasada?

1.  Mal tiempo

2.  Problemas familiares

3.  Problemas de salud

4.  No encuentra oportunidad laboral

5.  Otros/Especifique

8. Cotiza a (18 años y más)

1.  RAP

2.  INJUPEM

3.  IMPREMA

4.  IPM

5.  IHHS

6.  Fondo privado de pensiones

7.  Gremio o asociación de trabajadores

8.  Seguro médico privado

9.  Sindicato

10.  Otros

11.  Ninguno

## X. DATOS DE LOS MIEMBROS

### GENERALES

Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Fecha de nacimiento

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| D | D | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Edad (Años)

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

DNI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Número de celular o teléfono

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

### GENERALES

1. Parentesco con el jefe(a) del hogar

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Jefe(a)        | <input type="checkbox"/> 8 Trabajador del hogar                 |
| <input type="checkbox"/> 2 Cónyugue       | <input type="checkbox"/> 9 Otros parientes                      |
| <input type="checkbox"/> 3 Hijo/a         | <input type="checkbox"/> 10 Otros no parientes                  |
| <input type="checkbox"/> 4 Yerno/Nuera    | <input type="checkbox"/> 11 Parientes de trabajadores del hogar |
| <input type="checkbox"/> 5 Nieto/a        | <input type="checkbox"/> 12 Huéspedes                           |
| <input type="checkbox"/> 6 Padres/Suegros |   |
| <input type="checkbox"/> 7 Hermano/a      |   |

2. ¿De cuál de los siguientes grupos étnicos se considera?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Garifuna               | <input type="checkbox"/> 10 No sabe                   |
| <input type="checkbox"/> 2 Misquito               | <input type="checkbox"/> 11 Ninguna de las anteriores |
| <input type="checkbox"/> 3 Tawahka                |   |
| <input type="checkbox"/> 4 Pech                   |   |
| <input type="checkbox"/> 5 Tolupán                |   |
| <input type="checkbox"/> 6 Maya Chortí            |   |
| <input type="checkbox"/> 7 Nahoa                  |   |
| <input type="checkbox"/> 8 Lenca                  |   |
| <input type="checkbox"/> 9 Negro de habla inglesa |   |

3. Usando su lenguaje habitual, ¿tiene usted dificultad para comunicarse (por ejemplo entender o ser entendido por otros)?

- 1 No, sin dificultad  
 2 Si, alguna dificultad  
 3 Si, mucha dificultad  
 4 No puede hacerlo

4. Sexo

- 1 Hombre  
 2 Mujer

5. Género

- 1 Femenino  
 2 Masculino  
 3 Otro

6. Embarazada

- 1 Si  2 No

7. ¿Cuántos hijos tiene?

Niño  Niña

### EDUCACIÓN

7. Sabe leer y escribir

- 1 Si  2 No

10. Nivel educativo alcanzado

- 1 Ninguno  
 2 Alfabetización  
 3 Pre-Básica →  (De 1 a 3)  
 4 Básica →  (De 1 a 9)  
 5 Secundaria/ciclo común →  (De 1 a 3)  
 6 Secundaria diversificado →  (De 1 a 4)  
 7 Técnico superior →  (De 1 a 3)  
 8 Superior no universitario →  (De 1 a 4)  
 9 Superior universitario →  (De 1 a 8)  
 10 Pos-grado →  (De 1 a 6)

9. Está matriculado y asiste a un centro educativo

- 1 Si  2 No

11. Último año de estudio aprobado

### ACCESO A SERVICIOS DE SALUD

12. ¿Cuándo se enferma usted o uno de los miembros del hogar donde es atendido principalmente?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Hospital público         | <input type="checkbox"/> 7 CESAR o UAPS         |
| <input type="checkbox"/> 2 Hospital de IHSS         | <input type="checkbox"/> 8 Personal comunitario |
| <input type="checkbox"/> 3 Hospital/clinica privada | <input type="checkbox"/> 9 Curandero            |
| <input type="checkbox"/> 4 Materno infantil         | <input type="checkbox"/> 10 Farmacia            |
| <input type="checkbox"/> 5 Cliper                   | <input type="checkbox"/> 11 En domicilio        |
| <input type="checkbox"/> 6 CESAMO o CIS             | <input type="checkbox"/> 12 Otro                |

13. Durante el último mes ¿Dejo usted de hacer alguna de sus actividades diarias o empleo por algún padecimiento o enfermedad crónica?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 Bajo peso                       | <input type="checkbox"/> 10 Síndrome de Down                      |
| <input type="checkbox"/> 2 Cáncer de mama                  | <input type="checkbox"/> 11 Hipertensión                          |
| <input type="checkbox"/> 3 Falcemia                        | <input type="checkbox"/> 12 Problemas del Corazón                 |
| <input type="checkbox"/> 4 Enfermedad de la vista          | <input type="checkbox"/> 10 Enfermedad en los riñones             |
| <input type="checkbox"/> 5 Epilepsia                       | <input type="checkbox"/> 11 Enfermedad mental                     |
| <input type="checkbox"/> 6 Diabetes                        | <input type="checkbox"/> 12 Ninguno                               |
| <input type="checkbox"/> 7 Cáncer                          | <input type="checkbox"/> 10 No sabe/No responde                   |
| <input type="checkbox"/> 8 Autismo                         | <input type="checkbox"/> 10 Otro/especifique <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> 9 Enfermedad respiratoria crónica |   |

**DISCAPACIDAD**

14. Tiene usted dificultad para caminar o subir escaleras?

- 1 No, sin dificultad
- 2 Si, alguna dificultad
- 3 Si, mucha dificultad
- 4 No puedo hacerlo

15. Tiene usted dificultad para ver, aun usando anteojos?

- 1 No, sin dificultad
- 2 Si, alguna dificultad
- 3 Si, mucha dificultad
- 4 No puedo hacerlo

16. Tiene usted dificultad para oír, aun usando un dispositivo auditivo??

- 1 No, sin dificultad
- 2 Si, alguna dificultad
- 3 Si, mucha dificultad
- 4 No puedo hacerlo

17. Tiene usted dificultad para recordar o concentrarse?

- 1 No, sin dificultad
- 2 Si, alguna dificultad
- 3 Si, mucha dificultad
- 4 No puedo hacerlo

18. Tiene usted dificultad para realizar tareas de cuidado personal como bañarse o vestirse?

- 1 No, sin dificultad
- 2 Si, alguna dificultad
- 3 Si, mucha dificultad
- 4 No puedo hacerlo

19. Con qué frecuencia se siente [Usted, él, ella] preocupado/a, nervioso/a? ¿Diría que... [Lea las categorías de respuesta]?

- 1 Todos los días
- 2 Cada semana
- 3 Cada mes
- 4 Algunas veces al año
- 5 Nunca
- 6 No contesta
- 7 No sabe

20. ¿Toma [Usted, él, ella] medicamentos para sus estados de ánimo?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No contesta
- 4 No sabe

21. Con respecto a la última vez en que [Usted, él, ella] se sintió preocupado/a, ansioso/a, o nervioso/a, ¿Cómo se escriba [Usted, él, ella] el nivel de esos sentimientos? Diría [Usted, él, ella] que [Lea las categorías de respuesta]?

- 1 Un poco
- 2 Mucho
- 3 Ni poco ni mucho
- 4 No contesta
- 5 No sabe

22. Con qué frecuencia se siente [Usted, él, ella] deprimido/a? ¿Diría [Usted, él, ella] que.... [Lea las categorías de respuesta]?

- 1 Todos los días
- 2 Cada semana
- 3 Cada mes
- 4 Algunas veces al año
- 5 Nunca
- 6 No contesta
- 7 No sabe

23. ¿Toma [Usted, él, ella] medicamentos para la depresión?

- 1 Si
- 2 No
- 3 No contesta
- 4 No sabe

22. Con qué respecto a la última vez en que [Usted, él, ella] se sintió deprimido/a? ¿Diría [Usted, él, ella] que.... [Lea las categorías de respuesta]?

- 1 Un poco
- 2 Mucho
- 3 Ni poco ni mucho
- 4 No contesta
- 5 No sabe