

A. Identificación

1. Datos de identificación de la sección

Provincia

Nº de orden de la sección -

Municipio

Distrito/sección -

Bisemana



ETIQUETA DIGITALIZACIÓN

2. Identificación de la vivienda, hogar y persona con discapacidad

Nº de orden de la vivienda

Nº de hogar dentro de la vivienda

Nombre de la persona

Número de orden de la persona

Edad

3. Identificación del/de la informante

3.1 ¿El/la informante es la persona con discapacidad?

SÍ 1 → P. 5

NO 6

3.2 Entrevistador/a: ¿El/la informante es miembro del hogar?

SÍ 1 → nº de orden → P. 4

NO 6 → P. 3.3

3.3 Nombre del/de la informante

3.4 Edad

3.5 Relación del/de la informante con la persona con discapacidad

Cónyuge o pareja 1

Otros familiares 5

Hijo/a 2

Servicios sociales 6

Padre/Madre 3

Voluntarios/as 7

Hermano/a 4

Otra relación 8

4. Motivo de la información proxy

1. Ausencia prolongada 1

3. Desconocimiento del idioma 3

2. Discapacidad o enfermedad grave que le impide contestar 2

4. Menor de 18 años 4

5. Teléfono/s de contacto

Teléfono fijo/móvil

Teléfono fijo/móvil

6. Hora de inicio de la entrevista

Hora

Minutos

Legislación. Secreto Estadístico

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).



Entrevistador/a: Antes de iniciar la entrevista de este cuestionario, transcriba del Cuestionario de Hogar los datos que se solicitan en este Cuestionario de Discapacidades en los apartados siguientes:

Apartado E, pregunta 5. Relación con la actividad.

Apartado E, pregunta 6. ¿Ha trabajado alguna vez?

Apartado E, pregunta 15. Situación Profesional

Apartado F, pregunta 1. Nivel de estudios terminados

B. Información relativa a las discapacidades, deficiencias de origen y enfermedades diagnosticadas

Entrevistador/a, lea la siguiente presentación al/a la informante:

Ahora voy a hacerle unas preguntas sobre posibles dificultades o limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria con el objetivo de detectar si usted actualmente las tiene. Estas preguntas se refieren a dificultades o limitaciones que cumplan dos requisitos:

- Que han durado o se prevé que duren más de un año (por ejemplo, quedarían descartados pequeños accidentes como lesiones menores superadas en meses) y;
- Que el origen de la limitación o dificultad sea un problema de salud o discapacidad

Para responder, debe pensar sobre sus posibles discapacidades o limitaciones cuando no utiliza ayudas o supervisión. Si supera su limitación porque está utilizando alguna ayuda o recibe supervisión, debe considerar que sí tiene la dificultad correspondiente. Por ejemplo, si sólo puede comer cuando otra persona le ayuda, sí que presenta una limitación. Sin embargo, se hace una excepción en el caso de las dificultades de visión (miopía, astigmatismo, ...): Si tiene estas dificultades y las supera con gafas o lentillas, se considera que no tiene la limitación

Cuando hablamos de ayudas nos referimos a dos tipos: ayudas técnicas o ayudas personales

* Se considera ayuda técnica a todo producto o instrumento externo usado o destinado a una persona con discapacidad, que compensa o alivia la limitación. Por ejemplo: audífonos, lentes con iluminación, prótesis externas, bastones, sillas de ruedas, grúas, oxígeno, cubiertos con adaptaciones de agarre, rampas de acceso, perros lazarillos, ...

* Se entiende por ayuda personal toda colaboración de otra persona, necesaria para realizar una actividad

Se considera supervisión la necesidad de que alguna persona esté pendiente de lo que hace otra, por si surge algún problema en una actividad de la vida diaria

1. Tabla de discapacidades del sujeto, deficiencias de origen de la discapacidad y edad al inicio de la discapacidad

Entrevistador/a:

*Consulte en el Cuestionario de Hogar, tabla D1, las discapacidades de esta persona y marque en la columna de la izquierda de la tabla siguiente, las discapacidades anotadas en el Cuestionario de Hogar

* Si la persona con discapacidad ha sido el/la informante del Cuestionario de Hogar, no le formule la primera pregunta de cada discapacidad señalada y cumpliméntela con la opción 1(Sí)

*Tenga en cuenta que sólo debe formular las preguntas correspondientes a las **discapacidades previamente señaladas y aquellas que se marquen como consecuencia del flujo seguido dentro de la misma tabla**

* A continuación pase a la pregunta que corresponde a la **primera discapacidad señalada**

Columna 1	Discapacidades
Marque con X si tiene señalada la discapacidad en el C.H. 1 <input type="checkbox"/>	BLOQUE A: VISIÓN Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad
	1.1 ¿Es ciego/a o sólo distingue luz y oscuridad? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque A Visión y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos
	1.2 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su ceguera o problema de visión? Entrevistador/a: Anote literal y codifique Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



Columna 1

1.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su ceguera o cuando llegó a distinguir solamente luz y oscuridad?

Edad

1.4 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Finalice aquí el bloque A y pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1, a partir del bloque B

1.5 ¿Desde qué edad?

Edad → Finalice aquí el bloque A y pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1, a partir del bloque B

2

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 1, si no se la ha leído ya

2.1 ¿Tiene una dificultad importante para ver la letra de un periódico aunque lleve gafas o lentillas?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque A Visión y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

2.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la letra de un periódico? Si utiliza gafas o lentillas, valore el nivel de dificultad cuando está utilizándolas

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

2.3.a ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para ver la letra de un periódico?

SÍ 1

NO 6 → P. 2.4

2.3.b ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la letra de un periódico cuando utiliza ayudas técnicas?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

2.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad de visión?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia

2.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad de visión?

Edad

Entrevistador/a: Compruebe si ya ha realizado la pregunta 3.6 ó 4.6, y si es así pase a la siguiente discapacidad señalada con X. En caso contrario, continúe con la pregunta 2.6

2.6 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1

2.7 ¿Desde qué edad?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
3 <input type="checkbox"/>	Entrevistador/a , lea al/a la informante la introducción de la pregunta 1, si no se la ha leído ya
	3.1 ¿Tiene dificultad importante para ver la cara de alguien al otro lado de la calle (4 metros) aunque lleve gafas o lentillas? Conteste Sí si es ciego/a de un ojo aunque no tenga problemas en el otro Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque A Visión y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos
	3.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la cara de alguien al otro lado de la calle? Si utiliza gafas o lentillas, valore el nivel de dificultad cuando está utilizándolas Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4
	3.3.a ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para ver la cara de alguien al otro lado de la calle? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → P. 3.4
	3.3.b ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la cara de alguien al otro lado de la calle cuando utiliza ayudas técnicas? Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4
	3.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad de visión? Entrevistador/a: Anote literal y codifique Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	3.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad de visión? Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Entrevistador/a: Compruebe si ya ha realizado la pregunta 2.6 ó 4.6, y si es así pase a la siguiente discapacidad señalada con X. En caso contrario, continúe con la pregunta 3.6
	3.6 ¿Utiliza el sistema Braille? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1
	3.7 ¿Desde qué edad? Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X	
4 <input type="checkbox"/>	Entrevistador/a , lea al/a la informante la introducción de la pregunta 1, si no se la ha leído ya
	4.1 ¿Tiene alguna otra dificultad importante de visión aunque lleve gafas o lentillas (diferenciación de colores, visión nocturna, ...)? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque A Visión y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos



Columna 1

Discapacidades

4.2 ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene? Si utiliza gafas o lentillas, valore el nivel de dificultad cuando está utilizándolas

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

4.3.a ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para superar esa dificultad?

SÍ 1

NO 6 → P. 4.4

4.3.b ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene cuando utiliza ayudas técnicas?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

4.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad de visión?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

4.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad de visión?

Edad

Entrevistador/a: Compruebe si ya ha realizado la pregunta 2.6 ó 3.6, y si es así pase a la siguiente discapacidad señalada con X. En caso contrario, continúe con la pregunta 4.6

4.6 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1

4.7 ¿Desde qué edad?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

BLOQUE B: AUDICIÓN

5

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad**

5.1 ¿Es sordo/a total?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque B. Audición y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

5.2 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su sordera?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

5.3 ¿Qué edad tenía cuando dejó de oír?

Edad



Columna 1

Discapacidades

5.4 ¿Utiliza la lengua de signos?

SÍ 1

NO 6 → Pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1, a partir del bloque C

5.5 ¿Desde qué edad?

Edad

Entrevistador/a: Finalice aquí el bloque B y pase a la siguiente discapacidad señalada con una X, a partir del bloque C

6

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 5, si no se la ha leído ya

6.1 ¿Tiene una dificultad importante para oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes sin audifono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque B Audición y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

6.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

6.3.a ¿Utiliza audifono u otro tipo de ayuda técnica para oír sonidos fuertes?

SÍ 1

NO 6 → P. 6.4

6.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes cuando utiliza el audifono u otra ayuda técnica?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

6.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad de audición?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

6.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad de audición?

Edad

6.6 ¿Utiliza la lengua de signos?

SÍ 1

NO 6 → Pase a la siguiente discapacidad señalada con X en la columna 1

6.7 ¿Desde qué edad?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
7 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 5, si no se la ha leído ya</p> <p>7.1 ¿Tiene una dificultad importante para oír lo que se dice en una conversación con varias personas sin audífono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír? Conteste Sí, si es sordo/a de un oído aunque no tenga problemas en el otro</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque B Audición y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>7.2 ¿ Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una conversación con varias personas?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>7.3.a ¿Utiliza audífono u otro tipo de ayuda técnica para oír una conversación?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → P. 7.4</p> <p>7.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una conversación con varias personas cuando utiliza el audífono u otra ayuda técnica?</p> <p>Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>7.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad de audición? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>7.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad de audición?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p> <p>BLOQUE C: COMUNICACIÓN</p>
8 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año</p> <p>Cuando hagamos referencia a problemas mentales nos referiremos a problemas de naturaleza cognitiva o intelectual.</p> <p>También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana</p> <p>8.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido sin ayudas técnicas externas?</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p>



Columna 1

Discapacidades

8.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar de manera comprensible y decir frases con sentido?

- Con dificultad moderada [] 2
Con dificultad severa [] 3
No puede realizar la actividad [] 4

8.3.a ¿Utiliza alguna ayuda técnica para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido?

- SÍ [] 1
NO [] 6 -> P. 8.4

8.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar de manera comprensible o decir frases con sentido cuando utiliza el dispositivo de ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad [] 1 Con dificultad severa [] 3
Con dificultad moderada [] 2 No puede realizar la actividad [] 4

8.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para hablar?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia: [] []

8.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para hablar?

Edad [] [] []

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

9 []

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 8, si no se la ha leído ya

9.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene dificultad importante para comprender el significado de lo que le dicen otras personas sin ayudas personales?

- SÍ [] 1
NO [] 6 -> Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

9.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender el significado de lo que le dicen los demás?

- Con dificultad moderada [] 2
Con dificultad severa [] 3
No puede realizar la actividad [] 4

9.3.a ¿Recibe ayuda personal para comprender el significado de lo que le dicen los demás?

- SÍ [] 1
NO [] 6 -> P. 9.4

9.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender el significado de lo que le dicen los demás cuando recibe ayudas personales?

- Sin dificultad o con poca dificultad [] 1 Con dificultad severa [] 3
Con dificultad moderada [] 2 No puede realizar la actividad [] 4



Columna 1

Discapacidades

9.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para comprender el significado de lo que le dicen? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

9.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para comprender el significado de lo que le dicen?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

10

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 8, si no se la ha leído ya

10.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para comprender un texto escrito o expresarse a través del mismo?

Entrevistador/a: Si la persona objeto de entrevista es ciega, refiérase a la escritura y lectura en Braille

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

10.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender y expresarse a través del lenguaje escrito?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

10.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para comprender o expresarse a través del lenguaje escrito? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

10.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para comprender o expresarse a través del lenguaje escrito?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

11

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 8, si no se la ha leído ya

11.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para comprender gestos, símbolos, dibujos, sonidos o expresarse a través de ellos? Por ejemplo entender que el sonido de la alarma indica que hay fuego, negar con la cabeza para expresar desacuerdo, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

11.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender y expresarse a través de gestos, símbolos, dibujos o sonidos?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4



Columna 1**Discapacidades**

11.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para comprender o expresarse a través de gestos, símbolos, dibujos o sonidos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

11.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para comprender o expresarse a través de gestos, símbolos, dibujos o sonidos?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

12

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 8, si no se la ha leído ya

12.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo del lenguaje?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

12.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener un diálogo e intercambiar ideas con una o más personas?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

12.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mantener un diálogo o intercambiar ideas con una o más personas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

12.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mantener un diálogo o intercambiar ideas con una o más personas?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

13

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 8, si no se la ha leído ya

13.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para utilizar el teléfono sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque C Comunicación y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

13.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar el teléfono u otros dispositivos o técnicas de comunicación?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4



Columna 1

Discapacidades

13.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para utilizar el teléfono u otros dispositivos o técnicas de comunicación?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
Sí, sólo ayudas técnicas 2
Sí, ambos tipos de ayuda 3
No 4 → P. 13.4

13.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar el teléfono u otros dispositivos o técnicas de comunicación cuando recibe ayuda?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

13.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para utilizar el teléfono u otros dispositivos o técnicas de comunicación? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

13.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para utilizar el teléfono u otros dispositivos o técnicas de comunicación?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

BLOQUE D: APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DESARROLLO DE TAREAS

14

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Las siguientes preguntas se refieren a limitaciones debidas a problemas mentales, considerando como tales los que son de naturaleza cognitiva o intelectual**

Recuerde que nos referimos a dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año. También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

14.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque D Aprendizaje y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

14.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

- Con dificultad moderada 2
Con dificultad severa 3
No puede realizar la actividad 4

14.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:



Columna 1	Discapacidades
	<p>14.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?</p> <p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
<p>15 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 14, si no se la ha leído ya</p> <p>15.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para aprender hacer cosas sencillas como copiar, leer, escribir, sumar o restar, o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque D Aprendizaje y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>15.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede aprender a hacer cosas sencillas?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>15.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para aprender? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>15.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para aprender?</p> <p>Edad <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
<p>16 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 14, si no se la ha leído ya</p> <p>16.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas sencillas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, sacar algo de un armario, llenar un vaso de agua, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque D Aprendizaje y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>16.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas sencillas?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>16.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para llevar a cabo tareas sencillas?</p> <p>Sí, sólo asistencia personal o supervisión <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, sólo ayudas técnicas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, ambos tipos de ayuda <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 4 → P. 16.4</p>



Columna 1

Discapacidades

16.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas sencillas cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

16.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para llevar a cabo tareas sencillas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

16.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para llevar a cabo tareas sencillas?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

17

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 14, si no se la ha leído ya

17.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas complejas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo transmitir un recado, acudir a una cita, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque D Aprendizaje y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

17.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas complejas?

- Con dificultad moderada 2
Con dificultad severa 3
No puede realizar la actividad 4

17.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para llevar a cabo tareas complejas?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
Sí, sólo ayudas técnicas 2
Sí, ambos tipos de ayuda 3
No 4 → P. 17.4

17.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas complejas cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

17.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para llevar a cabo tareas complejas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

17.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para llevar a cabo tareas complejas?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
18 <input type="checkbox"/>	<p>BLOQUE E: MOVILIDAD</p>
	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad</p> <p>También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana</p>
	<p>18.1 ¿Tiene una dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo levantarse, sentarse, acostarse, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p>
	<p>18.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cambiar de postura?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p>
	<p>18.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para cambiar de postura?</p> <p>Sí, sólo asistencia personal o supervisión <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, sólo ayudas técnicas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, ambos tipos de ayuda <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 4 → P. 18.4</p>
	<p>18.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cambiar de postura cuando recibe ayuda o asistencia personal?</p> <p>Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p>
	<p>18.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para cambiar de postura? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
<p>18.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para cambiar de postura?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>	
19 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya</p>
	<p>19.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, permanecer de pie o sentado durante el tiempo necesario</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p>



Columna 1**Discapacidades****19.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4**19.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para mantener el cuerpo en la misma posición?**Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1Sí, sólo ayudas técnicas 2Sí, ambos tipos de ayuda 3No 4 → P. 19.4**19.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición cuando recibe ayuda o asistencia personal?**Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4**19.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición? Entrevistador/a: Anote literal y codifique**Deficiencia: **19.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición?**Edad **Entrevistador/a:** Pase a la siguiente discapacidad señalada con X20 **Entrevistador/a,** lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya**20.1 ¿Tiene una dificultad importante para andar o moverse dentro de su vivienda sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, desplazarse dentro de una habitación o entre distintas habitaciones**Sí 1NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos**20.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro de su vivienda?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4**20.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para andar o moverse dentro de su vivienda?**Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1Sí, sólo ayudas técnicas 2Sí, ambos tipos de ayuda 3No 4 → P. 20.4

Columna 1

Discapacidades

20.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro de su vivienda cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

20.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para andar o moverse dentro de su vivienda? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

20.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para andar o moverse dentro de su vivienda?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

21

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya

21.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, desplazarse por la calle sin medios de transporte, dentro de edificios públicos o privados, ...

Sí 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

21.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse fuera de su vivienda?

- Con dificultad moderada 2
Con dificultad severa 3
No puede realizar la actividad 4

21.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para andar o moverse fuera de su vivienda?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
Sí, sólo ayudas técnicas 2
Sí, ambos tipos de ayuda 3
No 4 → P. 21.4

21.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse fuera de su vivienda cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

21.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

21.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para andar o moverse fuera de su vivienda?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1**Discapacidades**22 **Entrevistador/a**, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya**22.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo en coche, autobús, metro, tranvía, ...**Sí 1NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos**22.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4**22.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para desplazarse como pasajero utilizando medios de transporte?**Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1Sí, sólo ayudas técnicas 2Sí, ambos tipos de ayuda 3No 4 → P. 22.4**22.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero cuando recibe ayuda o asistencia personal?**Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4**22.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero? Entrevistador/a: Anote literal y codifique**Deficiencia: **22.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?**Edad **Entrevistador/a:** Pase a la siguiente discapacidad señalada con X23 **Entrevistador/a:** Esta pregunta solo debe realizarse a personas de 18 a 74 años**Entrevistador/a**, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya**23.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para conducir vehículos de motor sin adaptaciones?**Sí 1NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos**23.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede conducir vehículos?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4

Columna 1**Discapacidades****23.3.a ¿Utiliza adaptaciones u otras ayudas técnicas para conducir vehículos?**Sí 1NO 6 → P. 23.4**23.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede conducir vehículos cuando utiliza adaptaciones u otras ayudas técnicas?**Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4**23.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para conducir vehículos?**

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia: **23.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para conducir vehículos?**Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

24

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya

24.1 ¿Tiene una dificultad importante para levantar o transportar algo con las manos o brazos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo un vaso, llevar un bebé en brazos, ...Sí 1NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos**24.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede levantar y transportar con las manos o brazos un objeto?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4**24.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para levantar o transportar con las manos o brazos un objeto?**Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1Sí, sólo ayudas técnicas 2Sí, ambos tipos de ayuda 3No 4 → P. 24.4**24.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede levantar y transportar con las manos o brazos un objeto cuando recibe ayuda o asistencia personal?**Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

Columna 1

Discapacidades

24.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para levantar o transportar con las manos o brazos un objeto? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

24.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para levantar o transportar con las manos o brazos un objeto?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

25

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya

25.1 ¿Tiene una dificultad importante para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo alcanzar un objeto, lanzar una pelota, empujar una silla, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

25.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

25.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos?

Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1

Sí, sólo ayudas técnicas 2

Sí, ambos tipos de ayuda 3

No 4 → P. 25.4

25.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos cuando recibe ayuda o asistencia personal?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

25.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

25.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para manipular y mover objetos, utilizando las manos y los brazos?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
26 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 18, si no se la ha leído ya</p> <p>26.1 ¿Tiene una dificultad importante para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque E Movilidad y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>26.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos pequeños con manos y dedos?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>26.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para manipular objetos pequeños con manos y dedos?</p> <p>Sí, sólo asistencia personal o supervisión <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, sólo ayudas técnicas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, ambos tipos de ayuda <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 4 → P. 26.4</p> <p>26.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos pequeños con manos y dedos cuando recibe ayuda o asistencia personal?</p> <p>Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>26.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para manipular objetos pequeños con manos y dedos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>26.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para manipular objetos pequeños con manos y dedos?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
27 <input type="checkbox"/>	<p align="center">BLOQUE F: AUTOCUIDADO</p> <p>Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año</p> <p>También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas; y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana</p> <p>27.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene dificultad importante para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo ducharse, lavarse las manos, la cabeza, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p>



Discapacidades

27.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede lavarse y secarse las diferentes partes del cuerpo?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

27.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 27.4

27.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede lavarse y secarse las diferentes partes del cuerpo cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

27.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

27.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

28

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya

28.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para realizar los cuidados básicos del cuerpo sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo peinarse, cortarse las uñas, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

28.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar los cuidados básicos del cuerpo?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

28.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para realizar los cuidados básicos del cuerpo?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 28.4



Columna 1

Discapacidades

28.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar los cuidados básicos del cuerpo cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
 Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

28.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para realizar los cuidados básicos del cuerpo? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

28.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para realizar los cuidados básicos del cuerpo?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

29

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya

29.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para controlar la necesidad de orinar y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse, sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

29.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con la micción?

- Con dificultad moderada 2
 Con dificultad severa 3
 No puede realizar la actividad 4

29.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para realizar las actividades relacionadas con la micción (orinar)?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
 Sí, sólo ayudas técnicas 2
 Sí, ambos tipos de ayuda 3
 No 4 → P. 29.4

29.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con la micción cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
 Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

29.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para realizar las actividades relacionadas con la micción ? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

29.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para realizar las actividades relacionadas con la micción?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
30 <input type="checkbox"/>	Entrevistador/a , lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya
	30.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para controlar las necesidades de defecar y sus actividades relacionadas, como llegar a tiempo al baño, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse, sin ayudas y sin supervisión? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos
	30.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con la defecación? Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4
	30.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para realizar las actividades relacionadas con la defecación? Sí, sólo asistencia personal o supervisión <input type="checkbox"/> 1 Sí, sólo ayudas técnicas <input type="checkbox"/> 2 Sí, ambos tipos de ayuda <input type="checkbox"/> 3 No <input type="checkbox"/> 4 → P. 30.4
	30.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con la defecación cuando recibe ayuda o asistencia personal? Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4
	30.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para realizar las actividades relacionadas con la defecación? Entrevistador/a: Anote literal y codifique Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	30.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para realizar las actividades relacionadas con la defecación? Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31 <input type="checkbox"/>	Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X
	Entrevistador/a , lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya 31.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para controlar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual, como prever el comienzo de la menstruación o usar compresas, sin ayudas y sin supervisión? Sí <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos



Columna 1

Discapacidades

31.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual?

- Con dificultad moderada [] 2
Con dificultad severa [] 3
No puede realizar la actividad [] 4

31.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para realizar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión [] 1
Sí, sólo ayudas técnicas [] 2
Sí, ambos tipos de ayuda [] 3
No [] 4 -> P. 31.4

31.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad [] 1 Con dificultad severa [] 3
Con dificultad moderada [] 2 No puede realizar la actividad [] 4

31.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para realizar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia: [] []

31.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para realizar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual?

Edad [] []

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

32 []

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya

32.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene dificultad importante para vestirse o desvestirse sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo ponerse o quitarse la ropa y el calzado, elegir la ropa adecuada de acuerdo a las condiciones climáticas, ...

- Sí [] 1
NO [] 6 -> Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

32.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede vestirse o desvestirse?

- Con dificultad moderada [] 2
Con dificultad severa [] 3
No puede realizar la actividad [] 4

32.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para vestirse o desvestirse?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión [] 1
Sí, sólo ayudas técnicas [] 2
Sí, ambos tipos de ayuda [] 3
No [] 4 -> P. 32.4



Columna 1

Discapacidades

32.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede vestirse o desvestirse cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

32.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para vestirse o desvestirse?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

32.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para vestirse o desvestirse?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

33

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya

33.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo las tareas de comer o beber sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo llevar alimentos a la boca, tragar los alimentos, usar cubiertos, servir líquidos, beber sin derramar el contenido, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

33.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comer y beber?

- Con dificultad moderada 2
Con dificultad severa 3
No puede realizar la actividad 4

33.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para comer o beber?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
Sí, sólo ayudas técnicas 2
Sí, ambos tipos de ayuda 3
No 4 → P. 33.4

33.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comer y beber cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

33.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para comer o beber?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

33.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para comer o beber?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
<p>34 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya</p> <p>34.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, tomar correctamente la medicación, seguir dietas específicas, asistir a las consultas médicas, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>34.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>34.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para cumplir las prescripciones médicas?</p> <p>Sí, sólo asistencia personal o supervisión <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Sí, sólo ayudas técnicas <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Sí, ambos tipos de ayuda <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No <input type="checkbox"/> 4 → P. 34.4</p> <p>34.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas cuando recibe ayuda o asistencia personal?</p> <p>Sin dificultad o con poca dificultad <input type="checkbox"/> 1 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>34.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para cumplir las prescripciones médicas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>34.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para cumplir las prescripciones médicas?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
<p>35 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 27, si no se la ha leído ya</p> <p>35.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para evitar situaciones de peligro en la vida diaria sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo apagar el gas, respetar los semáforos, ...</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque F Autocuidado y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>35.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede evitar situaciones de peligro?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p>



Discapacidades

35.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para evitar situaciones de peligro?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 35.4

35.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede evitar situaciones de peligro cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

35.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para evitar situaciones de peligro?
Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

35.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para evitar situaciones de peligro?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

36

BLOQUE G: VIDA DOMÉSTICA

Entrevistador/a: Las preguntas de este bloque sólo deben realizarse cuando la persona objeto de entrevista tiene 10 años o más

Entrevistador/a, lea al/a la informante:

Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año

También recuerde que cuando hablamos de ayudas consideramos tanto las recibidas por otras personas como las ayudas técnicas externas y que entendemos por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana

36.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para organizar, hacer y trasladar las compras cotidianas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo comprar, ropa, comida, artículos para la casa, ...

SÍ 1

NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque G Vida doméstica y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

36.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hacer las compras?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4



Columna 1

Discapacidades

36.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para hacer las compras?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 36.4

36.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hacer las compras cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

36.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para hacer las compras?
Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

36.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para hacer las compras?

Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

37

Entrevistador/a, las preguntas de este bloque sólo deben realizarse cuando la persona objeto de la entrevista tiene 10 años o más

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 36, si no se la ha leído ya

37.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para preparar comidas sin ayudas y sin supervisión?

- SÍ 1
- NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque G Vida doméstica y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

37.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede preparar comidas?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

37.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para preparar comidas?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 37.4

37.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede preparar comidas cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4



Columna 1**Discapacidades****37.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para preparar comidas?**

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia: **37.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para preparar comidas?**Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X

38

Entrevistador/a, las preguntas de este bloque sólo deben realizarse cuando la persona objeto de la entrevista tiene 10 años o más

Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 36, si no se la ha leído ya

38.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para ocuparse de las tareas de la casa sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo limpiar, lavar la ropa, usar aparatos domésticos, ...Sí 1NO 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque G Vida doméstica y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos**38.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de las tareas de la casa?**Con dificultad moderada 2Con dificultad severa 3No puede realizar la actividad 4**38.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para ocuparse de las tareas de la casa?**Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1Sí, sólo ayudas técnicas 2Sí, ambos tipos de ayuda 3No 4 → P. 38.4**38.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de las tareas de la casa cuando recibe ayuda o asistencia personal?**Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4**38.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para ocuparse de las tareas de la casa? Entrevistador/a: Anote literal y codifique**Deficiencia: **38.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para ocuparse de las tareas de la casa?**Edad

Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X



Columna 1	Discapacidades
	BLOQUE H: INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES
39 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante: Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año</p> <p>39.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mostrar, de manera adecuada, a otras personas afecto, respeto o para transmitir sentimientos incluyendo el contacto físico, como besos, caricias, ...? SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>39.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mostrar afecto, respeto o sentimientos? Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>39.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mostrar afecto, respeto o sentimientos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>39.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mostrar afecto, respeto o sentimientos? Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
40 <input type="checkbox"/>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 39, si no se la ha leído ya</p> <p>40.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para relacionarse con personas desconocidas? Por ejemplo cuando se pregunta una dirección, al comprar algo, ... SÍ <input type="checkbox"/> 1 NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>40.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede relacionarse con extraños? Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2 Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3 No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>40.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para relacionarse con extraños? Entrevistador/a: Anote literal y codifique Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>40.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para relacionarse con extraños? Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>



Columna 1	Discapacidades
<p>41 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 39, si no se la ha leído ya</p> <p>41.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <hr/> <p>41.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <hr/> <p>41.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>41.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones con personas subordinadas, iguales o con cargos superiores?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
<p>42 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 39, si no se la ha leído ya</p> <p>42.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <hr/> <p>42.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <hr/> <p>42.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>42.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as o compañeros/as?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>



Columna 1	Discapacidades
<p>43 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 39, si no se la ha leído ya</p> <p>43.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para formar una familia y mantener relaciones familiares?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>43.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones familiares?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>43.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones familiares? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>43.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones familiares?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Entrevistador/a: Pase a la siguiente discapacidad señalada con X</p>
<p>44 <input type="checkbox"/></p>	<p>Entrevistador/a, lea al/a la informante la introducción de la pregunta 39, si no se la ha leído ya</p> <p>44.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?</p> <p>SÍ <input type="checkbox"/> 1</p> <p>NO <input type="checkbox"/> 6 → Marque con X en la columna 1 todas las preguntas del bloque H. Interacciones y relaciones y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos</p> <p>44.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?</p> <p>Con dificultad moderada <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Con dificultad severa <input type="checkbox"/> 3</p> <p>No puede realizar la actividad <input type="checkbox"/> 4</p> <p>44.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales? Entrevistador/a: Anote literal y codifique</p> <p>Deficiencia: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>44.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?</p> <p>Edad <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>



Entrevistador/a: Consulte las discapacidades señaladas con X en la columna 1 de la tabla anterior. Si para **TODAS** ellas se ha anotado **NO** en la primera pregunta de cada discapacidad, (no tienen la correspondiente dificultad), continúe con la pregunta 45. En caso contrario, cumplimente la tabla 2

45 ¿Tiene alguna dificultad importante para realizar alguna de las actividades de la vida cotidiana por un problema de salud de larga duración o una discapacidad?

SÍ 1 → P. 46

NO 6 → Módulo M

46 ¿Tiene alguna dificultad de?:

	SÍ	NO		SÍ	NO
A. Visión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	E. Movilidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
B. Audición	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	F. Autocuidado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
C. Comunicación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	G. Tareas de la vida doméstica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
D. Aprendizaje y aplicación de conocimiento y desarrollo de tareas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	H. Relaciones interpersonales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: Para aquellos bloques en que haya señalado **SÍ**, marque con una X en la columna 1, todas las discapacidades que **no estén ya marcadas previamente**, y haga las preguntas correspondientes siguiendo los flujos

2. Tabla de deficiencias de origen de las discapacidades: causa y edad al inicio de las deficiencias

Entrevistador/a, para cumplimentar esta tabla, debe seguir las siguientes instrucciones:

Cabecera: Consulte la tabla anterior y **transcriba** el/los código/s de la/s **deficiencia/s de origen** de cada discapacidad señalada, siguiendo el mismo orden. Cuando una misma deficiencia aparezca repetida varias veces, anótelas **una sola vez**, no repitiendo por tanto el **mismo código** de deficiencia en la cabecera de esta tabla

Ladillo: A continuación **pregunte** para cada una de las deficiencias, las características que figuran en el ladillo. En relación a la cuestión 2, si al inicio de la deficiencia el sujeto tenía una edad inferior a 1 año, anote 00

Entrevistador/a, lea al/ a la informante:

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre las causas de sus dificultades o limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana

Deficiencias Características	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. ¿Cuál es el problema que causó la deficiencia?												
Congénito	<input type="checkbox"/> 1											
Problemas en el parto	<input type="checkbox"/> 2											
Accidente de tráfico	<input type="checkbox"/> 3											
Accidente doméstico	<input type="checkbox"/> 4											
Accidente de ocio	<input type="checkbox"/> 5											
Accidente laboral	<input type="checkbox"/> 6											
Otro tipo de accidente	<input type="checkbox"/> 7											
Enfermedad profesional	<input type="checkbox"/> 8											
Enfermedad (no profesional)	<input type="checkbox"/> 9											
Otras causas	<input type="checkbox"/> 10											
2. ¿Qué edad tenía al inicio de la deficiencia?	<input type="text"/>											



B. Información relativa a las discapacidades, deficiencias de origen y enfermedades diagnosticadas

3. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades?

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. Lesión Medular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	16. Daño cerebral adquirido	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Parkinson	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	17. Demencia de tipo Alzheimer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Esclerosis lateral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	18. Otras demencias	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	19. Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Agenesia / Amputaciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	20. Depresión	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Laringectomías	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	21. Trastorno Bipolar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Artritis / Artrosis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	22. Retinosis pigmentaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Artritis reumatoide. Espondilitis anquilopoyética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	23. Miopía magna	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Distrofia muscular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	24. Degeneración macular senil	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Espina bífida/hidrocefalia	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	25. Retinopatía diabética	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Infarto de miocardio. Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	26. Glaucoma	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. Accidentes cerebrovasculares	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	27. Cataratas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	28. VIH/sida	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
14. Autismo y otros trastornos asociados al autismo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	29. Enfermedades raras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
15. Parálisis cerebral	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	30. Insuficiencia renal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Ahora voy a preguntarle por las consecuencias de su/s limitación/es y las ayudas que pueda estar recibiendo**

4. ¿Su discapacidad le obliga a permanecer en cama de forma permanente?

SÍ 1

NO 6

5. ¿Considera que las ayudas técnicas que recibe o utiliza actualmente satisfacen sus necesidades?

Sí 1

No, son insuficientes 2

No recibo o utilizo ayudas técnicas, aunque las necesito 3

No necesito ayudas técnicas 4

6. ¿Cuántos hijos tuvo su madre antes de que usted naciese? Sume la totalidad de hijos que haya tenido la madre del sujeto antes de su nacimiento, tanto los actualmente vivos como los ya fallecidos.

Nº de hijos

7. ¿Qué edad tenía su madre cuando usted nació?

Edad



C. Información relativa a pertenencia a Organizaciones no Gubernamentales como consecuencia de alguna discapacidad

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre sus posibles relaciones con organizaciones o asociaciones no gubernamentales**

1. Debido a tener alguna discapacidad, ¿pertenece usted o sus familiares a alguna organización o asociación no gubernamental (ONG) dedicada a personas con discapacidades?

SÍ 1

NO 6 → Apartado D

2. Indique la deficiencia de origen de la discapacidad que ha motivado su pertenencia a alguna o varias de estas organizaciones. Entrevistador/a: Anote literal y código

Deficiencia de origen

3. ¿A qué organización u organizaciones no gubernamentales pertenece por motivo de su discapacidad?

Entrevistador: Anote literales y códigos

1

2

D. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas

Entrevistador/a lea al/ a la informante: **Este apartado se refiere exclusivamente a aquellos servicios recibidos debido a alguna/s de las discapacidades que tiene el sujeto de entrevista y no a aquellos servicios recibidos debido a otros problemas de salud**

1. Debido a alguna discapacidad, ¿con anterioridad a los últimos 14 días terminó o interrumpió indefinidamente algún tratamiento de rehabilitación?

SÍ 1

NO 6 → Pase a cumplimentar la tabla 3

2. En relación a los tratamientos de rehabilitación que haya concluido con anterioridad a los últimos 14 días, indique la causa de finalización de los mismos

Entrevistador/a: si terminó alguno/s de los tratamiento/s e interrumpió indefinidamente otro/s tratamiento/s de rehabilitación, marque SÍ en las dos preguntas

1. ¿Terminó algún tratamiento de rehabilitación? SÍ 1

NO 6

2. ¿Interrumpió indefinidamente algún tratamiento de rehabilitación? SÍ 1

NO 6



D. Información relativa a prestaciones sanitarias, sociales y económicas

3. Tabla de datos sobre los servicios sanitarios y sociales que ha necesitado y sí ha recibido y su régimen económico, así como datos sobre los motivos por los que no ha recibido los servicios sanitarios y sociales que necesita

Entrevistador/a: Comience cumplimentando la columna 1. Para cada servicio que ha necesitado y sí ha recibido en el período que se indica, anote en las casillas correspondientes de la columna 2, el número de días que lo ha recibido dentro de cada régimen económico. Para cada servicio que ha necesitado pero no ha recibido en el período, anote el código del motivo principal por el que no lo ha recibido en la columna 3, teniendo en cuenta el orden de prioridad de los motivos

Tipos de servicios sanitarios y sociales	Debido a alguna discapacidad ¿ha necesitado recibir alguno o varios de los siguientes servicios sanitarios y/o sociales en los períodos que se indican? Entrevistador/a: Anote la respuesta servicio a servicio (1)	Días de servicio recibido según régimen económico. Entrevistador/a: Anote los días en el régimen económico que corresponda (Pg, Pd, Pm) (2)			Motivo por los que no ha recibido el servicio (3)
		1. Pg	2. Pd	3. Pm	
En los últimos 14 días ...					
1. Cuidados médicos y/o de enfermería _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Pruebas diagnósticas _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Servicios de podología _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Rehabilitación médico-funcional _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Rehabilitación del lenguaje/logopeda _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Rehabilitación ortoprotésica _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Atención psicológica y/o en salud mental _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Teleasistencia _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Atención domiciliaria programada _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ayuda a domicilio de carácter social _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11. Centro de día _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12. Centros ocupacionales _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13. Actividades culturales, recreativas y de ocio y tiempo libre _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
En los últimos 12 meses ...					
14. Terapia ocupacional y/o adiestramiento en AVD _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15. Información/Asesoramiento/Valoración _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16. Asistencia sanitaria prestada por personal hospitalario _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17. Atención psicosocial a familiares _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
18. Servicios de respiro: Estancias temporales _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
19. Servicios de intérpretes de la lengua de signos _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
20. Otros sistemas alternativos de comunicación _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
21. Transporte sanitario y/o adaptado _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
22. Centros residenciales _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
23. Turismo y termalismo para personas con discapacidad _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
24. Orientación/preparación laboral _____	_____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
(1) Servicios sanitarios y/o sociales		(2) Régimen económico		(3) Motivos:	
1. Sí ha necesitado algún/os servicios y sí lo/s ha recibido en el período → Anote 1 en la casilla → Pase a Columna 2		1. Pg = De forma gratuita		1. Lista de espera	
2. Sí ha necesitado algún/os servicios y no lo/s ha recibido en el período → Anote 2 en la casilla → Pase a Columna 3		2. Pd = Pago directo (pago por parte del particular y/o seguros privados)		2. No disponible en el entorno	
3. No → Anote 3 en la casilla y pase a preguntar por el siguiente servicio		3. Pm = Pago mixto (público y privado)		3. No puede pagarlo	
				4. No cumple alguno de los requisitos exigidos	
				5. Otros motivos	



4. Como consecuencia de alguna discapacidad ¿ha recibido en los últimos 12 meses algún tipo de prestación económica o indemnización?

SÍ 1

NO 6 → P.11

5. De las siguientes prestaciones monetarias periódicas para personas con discapacidad, ¿cuáles ha recibido en los últimos 12 meses?

	SÍ	NO
1. Pensiones contributivas por incapacidad (incapacidad permanente, clases pasivas, SOVI, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Pensiones no contributivas a consecuencia de la discapacidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Asignaciones económicas por hijo a cargo con discapacidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Otros subsidios (prestaciones LISMI, pensiones asistenciales, prestaciones económicas por dependencia, salario de inserción social, ayudas a la familia, programas de ayudas de comunidades autónomas, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Seguros de vida e invalidez	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Otros ingresos regulares por discapacidad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: Si alguna de las respuestas a la pregunta 5 es Sí, continúe en la pregunta 6. Si todas las respuestas son No, pase a la pregunta 7

6. ¿Cuál fue el importe neto, es decir, lo que ha percibido de estas prestaciones económicas en los últimos 12 meses? (Si no conoce la cifra exacta, dé una aproximación)

Prestaciones económicas periódicas Importe neto

7. De las siguientes prestaciones monetarias no periódicas para personas con discapacidad, ¿cuáles ha recibido en los últimos 12 meses?

	SÍ	NO
1. Ayudas públicas para rehabilitación o asistencia especializada	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Ayudas públicas para educación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Ayudas públicas para familiares cuidadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Ayudas públicas para facilitar la autonomía personal (ayudas técnicas y para la accesibilidad y adaptación en el hogar)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Ayudas públicas o privadas en el ámbito laboral (ayudas de acción social)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Otras ayudas públicas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Ayudas de otras entidades (ONGs, fundaciones, colegios profesionales, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: Si alguna de las respuestas a la pregunta 7 es Sí, continúe en la pregunta 8. Si todas las respuestas son No, pase a la pregunta 9

8. ¿Cuál fue el importe neto de estas prestaciones económicas en los últimos 12 meses? (Si no conoce la cifra exacta, dé una aproximación)

Prestaciones económicas no periódicas Importe neto

9. De las siguientes indemnizaciones, ¿cuáles ha recibido en los últimos 12 meses?

1. Indemnizaciones por daño corporal	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6
2. Indemnizaciones por responsabilidad civil o penal	SÍ <input type="checkbox"/> 1	NO <input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: Si alguna de las respuestas a la pregunta 9 es Sí, continúe en la pregunta 10. Si ambas respuestas son No, pase a la pregunta 11

10. ¿Cuál fue el importe neto de estas indemnizaciones recibidas en los últimos 12 meses? (Si no conoce la cifra exacta, dé una aproximación)

Indemnizaciones Importe neto

11. Como consecuencia de alguna discapacidad ¿ha disfrutado en los últimos 12 meses algún tipo de beneficio fiscal? Por ejemplo, en el IRPF, impuesto de matriculación, de circulación, de sucesiones, ...

SÍ 1

NO 6 → Apartado E



12. ¿De cuáles de los siguientes beneficios fiscales ha disfrutado en los últimos 12 meses?

	SÍ	NO
1. Beneficios fiscales en IRPF (por contribuyente con discapacidad o por asistencia a persona ascendiente o descendiente con discapacidad)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Impuesto de matriculación (exención del impuesto de la 1ª matrícula, reducción del IVA)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Impuesto sobre vehículos de tracción mecánica (impuesto de circulación)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Impuesto de sucesiones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otros beneficios fiscales (patrimonio protegido, tasas de derecho a examen, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

E. Información relativa a los cambios habidos en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual

Entrevistador/a: Si el sujeto de entrevista tiene de 6 a 15 años, pase al apartado G

PERSONAS DE 16 AÑOS Y MÁS

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **A continuación pasamos a un bloque de preguntas relacionadas con su situación laboral y con los cambios que hayan podido producirse en ella debidos a sus limitaciones**

1. Debido a la aparición o agravamiento de su discapacidad, ¿ha tenido que modificar su relación con la actividad económica o su ocupación?

Entrevistador/a: Recuerde al/a la entrevistado/a las alternativas de relación con la actividad económica que figuran en la pregunta 3 de este bloque

SÍ 1 NO 6 → P.5

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Si ha tenido que modificar varias veces su relación con la actividad económica o su ocupación, refiérase en las siguientes preguntas al primer cambio efectuado**

2. ¿De qué tipo fue el primer cambio efectuado?

- Sólo cambió su relación con la actividad 1 → P. 3
- Sólo cambió su ocupación o profesión 2 → P. 4
- Cambió su relación con la actividad y su ocupación 3 → P. 3

3. ¿Cuál era su relación con la actividad antes y después del primer cambio efectuado a consecuencia de su discapacidad?

	Antes del primer cambio	Después del primer cambio
1. Trabajando	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. En desempleo	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Percibiendo una pensión contributiva de jubilación o incapacidad permanente	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Percibiendo otro tipo de pensión	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Incapacitado/a para trabajar	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Estudiando	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Dedicado/a principalmente a las labores del hogar	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Otra situación	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9

Entrevistador/a: Consulte la opción cumplimentada en la pregunta 2. Si aspa en 1, pase a la pregunta 5. Si aspa en 3, continúe en la pregunta 4

4. ¿Cuál era su ocupación antes y después del primer cambio efectuado a consecuencia de su discapacidad?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

- 1. Ocupación antes del primer cambio
- 2. Ocupación después del primer cambio



E. Información relativa a los cambios habidos en la actividad económica y datos sobre la actividad económica actual

Entrevistador/a: Transcriba del Cuestionario de Hogar, Apartado C. Datos sobre los miembros del hogar, la información que figura en las preguntas 12 y 13, referida a la persona sujeto de entrevista

5. Relación con la actividad económica en la semana pasada

Código anotado en la pregunta 12, Apartado C del Cuestionario de Hogar

6. ¿Ha trabajado alguna vez como asalariado/a o por cuenta propia ...? (Si la casilla figura en blanco en el Cuestionario de Hogar, déjela en blanco en este recuadro)

Código (en su caso) anotado en la pregunta 13, Apartado C del Cuestionario de Hogar

Entrevistador/a: Si pregunta 5 (Relación con la Actividad)=1 o pregunta 6 (Ha trabajado alguna vez) = 1 pase a pregunta 7.
En otro caso pase a la pregunta 22

Trabaja o ha trabajado antes

7. ¿Recuerda a que edad consiguió su primer empleo?

Edad

8 ¿Qué tipo de jornada tiene o tenía en su último empleo?

- | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|---|----------------------------|
| Jornada partida | <input type="checkbox"/> 1 | Jornada reducida | <input type="checkbox"/> 5 |
| Jornada continua por la mañana | <input type="checkbox"/> 2 | Turnos | <input type="checkbox"/> 6 |
| Jornada continua por la tarde | <input type="checkbox"/> 3 | Jornada irregular o variable según los días | <input type="checkbox"/> 7 |
| Jornada continua por la noche | <input type="checkbox"/> 4 | Otro tipo | <input type="checkbox"/> 8 |

9 ¿Trabaja actualmente o trabajó en su último empleo en un Centro Especial de Empleo?

SÍ 1 NO 6

10. ¿Trabaja actualmente o trabajó en su último empleo en una Entidad sin ánimo de lucro vinculada al sector de la discapacidad (Asociación, ONG, Fundación, ...)?

SÍ 1 NO 6

11. Aproximadamente, ¿cuántos trabajadores asalariados hay/había en la empresa donde trabaja/trabajó?

- | | | | |
|-------------|----------------------------|------------|----------------------------|
| Menos de 10 | <input type="checkbox"/> 1 | De 50 a 99 | <input type="checkbox"/> 4 |
| De 10 a 19 | <input type="checkbox"/> 2 | 100 o más | <input type="checkbox"/> 5 |
| De 20 a 49 | <input type="checkbox"/> 3 | | |

12. Para conseguir alguno de sus empleos ¿se ha beneficiado de alguna de las siguientes medidas?

- | | SÍ | NO |
|--|----------------------------|----------------------------|
| 1. Cuota de reserva para las personas con discapacidad en el sector público | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 2. Cuota de reserva para las personas con discapacidad en el sector privado | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Contrato específico para las personas con discapacidad | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Incentivos a la contratación, bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 5. Otros (Enclaves laborales, empleos con apoyo, ...) | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 |

13. ¿Cómo tuvo conocimiento de su puesto de trabajo actual o el último que haya tenido?

- | | | | |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| A través de un servicio publico de empleo (INEM) | <input type="checkbox"/> 1 | A través de un amigo o familiar | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se dirigió Vd. directamente a la empresa | <input type="checkbox"/> 2 | A través de un servicio especializado de Inserción Laboral | <input type="checkbox"/> 6 |
| La empresa donde trabaja se puso en contacto con Vd. | <input type="checkbox"/> 3 | A través de una institución o asociación para personas con discapacidad | <input type="checkbox"/> 7 |
| A través de portales de empleo de Internet | <input type="checkbox"/> 4 | Otra forma | <input type="checkbox"/> 8 |



14. ¿Debido a su discapacidad se ha realizado alguna adaptación en alguno de los puestos de trabajo que ha desarrollado? Por ejemplo adaptaciones en las instalaciones, en teléfonos, ordenadores, ...

- Sí 1
No 6
No ha trabajado durante la discapacidad 8

Entrevistador/a: Transcriba del Cuestionario de Hogar, Apartado C. Datos sobre los miembros del hogar, la información que figura en la pregunta 14, referida a la persona sujeto de entrevista. Si la casilla figura en blanco en el Cuestionario de Hogar, déjela en blanco en este recuadro

15. Situación profesional

Código (en su caso) anotado en la pregunta 14, Apartado C del Cuestionario de Hogar

Entrevistador/a: Si pregunta 15=4 (asalariado/a) → pase a pregunta 16
En otro caso → pase a nota anterior a la pregunta 18

16. ¿Qué tipo de contrato o relación laboral tiene en su trabajo actual o tenía en su último empleo?

- Funcionario 1 Verbal o sin contrato 4
Indefinido 2 Otros 5
Temporal 3

17 ¿Cuál es la duración de su contrato actual, o bien, cuál fue la duración de su último contrato?

- Menor de 6 meses 1 De más de 3 años 4
De 6 meses a 1 año 2 Sin duración definida 5
De más de 1 año a 3 años 3

Entrevistador/a: Si pregunta 6=1→pase a pregunta 20

18. ¿Cuánto tiempo hace que tiene su empleo actual?

- Menos de 1 año 1
Entre 1 y 2 años 2
Entre 2 y 4 años 3
Más de 4 años 4

19. ¿Actualmente está buscando otro tipo de empleo?

- SÍ 1 → P. 23
NO 6 → Apartado F

No trabaja pero ha trabajado antes

20. ¿Por qué dejó de trabajar?

- | | | | |
|--|----------------------------|--|-----------------------------|
| Por cumplir la edad de jubilación | <input type="checkbox"/> 1 | Por querer dedicarse exclusivamente a su familia | <input type="checkbox"/> 7 |
| Por razones de salud | <input type="checkbox"/> 2 | Porque se quedó en desempleo al acabar el contrato | <input type="checkbox"/> 8 |
| Por prejubilación o jubilación anticipada forzosa | <input type="checkbox"/> 3 | Porque fue despedido/a | <input type="checkbox"/> 9 |
| Por jubilación anticipada voluntaria | <input type="checkbox"/> 4 | Por su propia voluntad | <input type="checkbox"/> 10 |
| Por jubilación anticipada por motivo de discapacidad | <input type="checkbox"/> 5 | Por otras razones | <input type="checkbox"/> 11 |
| Porque no podía compatibilizar el trabajo con las responsabilidades familiares | <input type="checkbox"/> 6 | | |



21. ¿Cuánto tiempo lleva sin empleo?

- Menos de 3 meses 1 Entre uno y dos años 4
 Entre 3 y 6 meses 2 Entre dos y cinco años 5
 Entre 6 meses y un año 3 Más de cinco años 6

22. ¿Actualmente está buscando empleo?

- SÍ 1
 NO 6 → Pasar a pregunta 26

23. ¿De qué forma ha buscado empleo en las cuatro últimas semanas? Señale un máximo de tres respuestas

- Está inscrito/a en un servicio público de empleo 1 Prepara o realiza oposiciones 7
 Está inscrito/a en una oficina de empleo privada 2 Espera los resultados de solicitudes anteriores 8
 Se ha dirigido a empresarios/as 3 Espera la llamada de una oficina de empleo pública 9
 Está utilizando relaciones personales 4 Otros métodos 10
 A través de la prensa 5 No ha utilizado ningún método 11
 Ha hecho gestiones para establecerse por su cuenta (búsqueda de terrenos, gestiones de licencias, ...) 6

24. ¿Cuál es la razón principal por la que cree que no encuentra trabajo u otro tipo de trabajo distinto del que tiene actualmente?

- Por mi discapacidad 1 Encontrar trabajo es muy difícil para cualquiera 4
 No tengo experiencia 2 No tengo estudios 5
 Los estudios que tengo no me sirven para encontrar trabajo 3 Otras razones 6

Entrevistador/a: Si pregunta 5=2 (en desempleo) → pase a pregunta 25. En otro caso pase al apartado F

25. ¿Está recibiendo alguna prestación por desempleo?

- SÍ 1
 NO 6 → Apartado F

26. ¿Por qué razón no busca empleo? Señale un máximo de 3 respuestas

- Es discapacitado y cree que le sería muy difícil encontrarlo 1 Espera los resultados de solicitudes anteriores 9
 No puede trabajar 2 Espera reanudar su actividad por cuenta propia 10
 Cree que no lo encontrará, no habiéndolo buscado nunca 3 Por razones personales o familiares 11
 Cree que no lo encontrará, habiéndolo buscado anteriormente 4 Por cursar estudios o recibir formación 12
 No cree que haya alguno disponible 5 Por percibir una prestación económica 13
 Por estar afectado por una regulación de empleo 6 Por estar jubilado 14
 No sabe dónde dirigirse para encontrarlo 7 No necesita trabajar 15
 Espera la estación de mayor actividad 8 Otras causas 16



F. Información relativa al nivel de estudios terminados y en curso

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **El siguiente apartado incluye algunas preguntas para conocer los estudios que ha realizado**

1. Entrevistador/a: Transcriba el código del mayor nivel de estudios terminados de la persona sujeto de entrevista, que figura en la pregunta 6, Apartado C, del Cuestionario de Hogar

Nivel de estudios terminados

Entrevistador/a: Si nivel de estudios terminados, código 9 → pase a 2.
Si nivel de estudios terminados, código 1 a 8 → pase a 3

2. En relación a sus estudios terminados ¿cuál es su diplomatura o licenciatura? Entrevistador/a: Anote literal y código

Diplomatura o licenciatura

3. En los últimos cinco años ¿ha realizado algún curso de Formación Profesional Ocupacional?

SÍ 1

NO 6 → P. 5

4. De estos cursos realizados en los últimos cinco años ¿alguno le ha servido para encontrar trabajo?

SÍ 1

NO 6

5 ¿Está cursando algún estudio o curso en la actualidad?

SÍ 1

NO 6 → Apartado H

6. Indique si está cursando alguno de los siguientes tipos de estudios reglados

Educación especial específica	<input type="checkbox"/> 1	Bachillerato	<input type="checkbox"/> 5
Educación secundaria obligatoria	<input type="checkbox"/> 2	Ciclos de grado superior de formación profesional específica y equivalentes	<input type="checkbox"/> 6
Programa de Garantía Social	<input type="checkbox"/> 3	Enseñanzas universitarias	<input type="checkbox"/> 7
Ciclos de grado medio de formación profesional específica y equivalentes	<input type="checkbox"/> 4	Ninguno de los anteriores	<input type="checkbox"/> 8

7. ¿Está cursando alguno de los siguientes estudios sin incluir los anteriores?

	SÍ	NO
1. Cursos de Formación Profesional Ocupacional	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Otros estudios no reglados de duración superior a seis meses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Otros estudios no reglados de duración inferior o igual a seis meses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

Entrevistador/a: Pase a Apartado H



G. Información relativa a la educación y la escolarización

PERSONAS DE 6 A 15 AÑOS

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Ahora voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con la educación y la escolarización**

1. En relación a la educación e integración escolar, ¿en qué situación se encontraba en la semana pasada?

- No escolarizado 1 → P. 4
- Escolarizado en un centro o aula de educación especial 2
- Escolarizado en un centro ordinario en régimen de integración y recibiendo apoyos especiales 3
- Escolarizado en un centro ordinario sin ningún tipo personalizado de apoyo 4

2. ¿A qué tipo de centro escolar asiste?

- Centro público 1 → P. 4
- Centro privado concertado 2
- Centro privado sin concierto 3

3. ¿Cuál es la titularidad del centro privado al que asiste?

- Institución religiosa 1
- Asociación del sector de la discapacidad 2
- Otras entidades (cooperativas, entidades de empresas privadas) 3

4. En relación al curso escolar 2006/7 ¿con qué frecuencia faltó al colegio debido a alguna discapacidad? Sume todos los días que faltó a lo largo del curso, aunque haya sido en períodos diferentes

- No estuvo escolarizado 1
- Menos de una semana 2
- Una o varias semanas, pero menos de un mes 3
- Entre uno y tres meses 4
- Entre tres y seis meses 5
- Seis o más meses 6



H. Información relativa a la discriminación

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **A continuación, voy a hacerle unas preguntas sobre si se ha sentido discriminado/a por motivo de su discapacidad y cómo reacciona en esas situaciones**

1. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido discriminado/a por motivo de su discapacidad? (No se le ha permitido hacer algo, se le ha molestado o se le ha hecho sentir inferior)

- Nunca 1 → Apartado I
Algunas veces 2
Muchas veces 3
Constantemente 4

2. En los últimos 12 meses, ¿se ha sentido discriminado/a por motivo de su discapacidad en alguna de las siguientes situaciones?

	SÍ	NO
1. En la atención sanitaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. En servicios especializados de apoyo (asociaciones, rehabilitación, atención temprana, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. En el ámbito escolar o actividades de formación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Para encontrar un empleo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. En el puesto de trabajo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Transporte y desplazamientos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Administración pública	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Para decidir sobre su patrimonio	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Para contratar seguros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Para participar en actividades culturales, de ocio o diversión: museos, conciertos, teatro, bares, discotecas, cines, turismo, ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. En la participación social	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
12. En las relaciones sociales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
13. En otra situación	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

3. ¿Alguna vez ha denunciado discriminación por motivos de su discapacidad, ante alguna entidad o institución?

SÍ 1

NO 6



I. Información relativa a redes y contactos sociales

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Ahora hablemos sobre sus relaciones personales y sociales**

1. Dígame, ¿dónde viven las siguientes personas con respecto a su domicilio?

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Si varias personas tienen la misma relación con la persona con discapacidad (por ejemplo son sus hermanos/as), al contestar esta pregunta deberá referirse a aquella persona que viva más cerca**

	En el mismo domicilio	En el mismo edificio	En el mismo barrio o pueblo	En la misma ciudad	No en el mismo pueblo o ciudad pero sí en la misma provincia	En distinta provincia	En otro país	No tiene	NS
1. Alguno de sus padres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
2. Algún/a hijo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
3. Algún/a hermano/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
4. Algún/a nieto/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
5. Alguno de sus suegros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
6. Algún otro familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9
7. Algún/a amigo/a, no vecino/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9

2. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha visto a esta serie de personas?

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Si varias personas tienen la misma relación con la persona con discapacidad, al contestar a esta pregunta debe referirse a aquella persona que ha visto con más frecuencia**

	Todos los días o casi todos los días	1 ó 2 veces por semana	1 ó 2 veces al mes	Con menor frecuencia	No tiene
1. Alguno de sus padres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Algún/a hijo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Algún/a hermano/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Algún/a nieto/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Alguno de sus suegros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Algún otro familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Algún/a amigo/a, no vecino/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

3. En los 12 últimos meses, ¿con qué frecuencia ha tenido contacto con las siguientes personas por teléfono o por correo? (Incluyendo por ejemplo correo electrónico o mensajes de teléfonos móviles)

Entrevistador/a lea al/ a la informante: **Si varias personas tienen la misma relación con la persona con discapacidad, al contestar esta pregunta deberá referirse a aquella persona con la que ha contactado más**

	Todos los días o casi todos los días	1 ó 2 veces por semana	1 ó 2 veces al mes	Con menor frecuencia	No tiene
1. Alguno de sus padres	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Algún/a hijo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
3. Algún/a hermano/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
4. Algún/a nieto/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
5. Alguno de sus suegros	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
6. Algún otro familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
7. Algún/a amigo/a, no vecino/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5



4. ¿En los últimos 12 meses ha tenido oportunidad de?

	Ninguna	Poca	Mucha	No puede hacerlo
1. Dirigirse o hablar a personas que no conoce	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Relacionarse con sus amistades o personas cercanas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Hacer nuevos amigos o amigas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Vamos a continuar ahora con algunas preguntas sobre las actividades que hace o le gustaría hacer en su tiempo libre**

5. ¿A qué actividades se dedica principalmente en su tiempo libre y cuáles desearía realizar para divertirse o distraerse y no hace debido a su discapacidad? Seleccione las tres actividades principales en ambas columnas

Entrevistador/a: Muestre la tarjeta TCD1 al/a la entrevistado/a y marque todas las respuestas que mencione

	Actividades a las que se dedica principalmente en su tiempo libre	Actividades que desearía realizar para divertirse o distraerse y no hace debido a su discapacidad
1. Ver TV o DVD	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Escuchar radio o música	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
3. Leer	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
4. Hablar por teléfono con familia o amigos	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
5. Ejercicio físico (deportes, paseos, ...)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
6. Navegar por internet	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
7. Chatear o enviar e-mails	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7
8. Asistir a clases o cursos	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 8
9. Hobbies, artesanía, manualidades	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
10. Visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 10
11. Ir de compras	<input type="checkbox"/> 11	<input type="checkbox"/> 11
12. Asistir a eventos deportivos o culturales	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 12
13. Viajar	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 13
14. Visitar bibliotecas o museos	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 14
15. Otra (especificar)	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 15

6. Debido a alguna discapacidad ¿ha tenido alguna vez que cambiar de vivienda y/o de lugar de residencia?

SÍ 1

NO 6 → Apartado J

7. ¿Cuál fue la razón principal que motivó el cambio de residencia y/o vivienda?

Ingresar en un establecimiento colectivo por un período superior a seis meses	<input type="checkbox"/> 1
Mejor disponibilidad de recursos sanitarios y sociales	<input type="checkbox"/> 2
Razones medioambientales	<input type="checkbox"/> 3
Recibir atención familiar	<input type="checkbox"/> 4
Por barreras de acceso al domicilio	<input type="checkbox"/> 5
Por barreras en el interior del domicilio	<input type="checkbox"/> 6
Otras razones	<input type="checkbox"/> 7



J. Información relativa a la accesibilidad

Entrevistador/a, lea al/ a la informante: **Continuemos, ahora, con algunas preguntas relacionadas con la accesibilidad**

1. En la actualidad, a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultad para desenvolverse con normalidad en alguno de los siguientes lugares de su vivienda o edificio?

	SÍ	NO	No procede
1. En el portal de su casa	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
2. En el ascensor	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
3. En las escaleras	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
4. En el cuarto de baño	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
5. En la cocina	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
6. En otras habitaciones de la vivienda	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
7. En la terraza o patios	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
8. En otros lugares de su vivienda o edificio (garaje, trasteros, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8

2. ¿Qué tipo/s de transporte utiliza en sus desplazamientos urbanos o locales?

	SÍ	NO
1. Vehículo propio adaptado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Vehículo particular no adaptado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Transporte público (metro, autobús, tranvía, tren de cercanías o taxi)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Transporte especial (ambulancias, autocares, microbuses)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Otro tipo de transporte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

3. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas para utilizar transporte público o privado debido a su discapacidad?

Entrevistador/a: Consulte las respuestas a la pregunta anterior

Si el/la informante ha seleccionado SÍ en la opción 3 (Transporte público) → pregunte las opciones del apartado a)

Si el/la informante ha seleccionado SÍ en alguna de las opciones 1,2,4 ó 5 → pregunte las opciones del apartado b)

a) Transporte público:

	SÍ	NO
1. Para acceder a estaciones, apeaderos, andenes, plataformas, intercambiadores	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Para llegar al vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Para subir al vehículo o bajar de él	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Para acceder al asiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Para pagar el importe o hacer uso del título de transporte (billete, bonobús, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Para orientarse en estaciones, aeropuertos y puertos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Para leer, interpretar o comprender los planos y señalizaciones	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Para decidir el itinerario (elegir trasbordo, bajarse en la parada adecuada, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Otros problemas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

b) Transporte privado:

	SÍ	NO
10. Para llegar al vehículo	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
11. Para subir al vehículo o bajar de él o para acceder al asiento	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6



4. Indique si habitualmente tiene dificultad en cada una de las siguientes situaciones cuando se desplaza por la calle

	SÍ	NO	No procede
1. Para subir o bajar de la acera	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
2. Para cruzar la calle	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
3. Para superar los obstáculos de las aceras (papeleras, farolas, bolardos, estrechez de las aceras, ...) o los problemas en el pavimento (suelo resbaladizo, socavones, ...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
4. Para identificar calles, cruces y señales	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
5. Otros problemas	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8

K. Información relativa a la salud

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **Pasemos ahora a algunas preguntas relacionadas con la salud en general**

1. ¿Cómo es su salud en general?

Muy buena 1 Buena 2 Regular 3
 Mala 4 Muy mala 5

2. ¿Tiene alguna enfermedad o problema de salud crónicos?

SÍ 1
 NO 6 → P. 4

3. ¿Tiene de forma crónica alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud?

Entrevistador/a, lea al/a la informante las enfermedades que se relacionan una a una, anotando las respuestas que proceda

	SÍ	NO		SÍ	NO
1. Asma, bronquitis crónica o enfisema (incluye asma alérgica)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	11. Cirrosis u otra enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. Infarto de miocardio u otra enfermedad del corazón	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	12. Cáncer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	13. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza frecuentes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Colesterol elevado	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	14. Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Accidente cerebro vascular	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	15. Ansiedad crónica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. Artrosis, artritis o problemas reumáticos	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	16. Depresión crónica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. Dolor de espalda cervical o lumbar (≠ opción 6)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	17. Otra enfermedad mental	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
8. Diabetes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	18. Lesión permanente causada por un accidente	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
9. Alergia (excepto asma alérgica)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	19. Otra enfermedad crónica	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
10. Úlcera de estómago	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6			

4. Durante los últimos 12 meses, ¿ha tenido algún accidente de cualquier tipo, incluido intoxicación o quemadura?

SÍ 1
 NO 6 → P. 6



5. Y refiriéndonos en concreto al último accidente que haya tenido (si es que ha tenido varios en los últimos 12 meses), ¿dónde tuvo lugar?

- | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------------|----------------------------|
| En casa, escaleras, portal, ... | <input type="checkbox"/> 1 | En el lugar de estudio | <input type="checkbox"/> 5 |
| En la calle o carretera y fue un accidente de tráfico | <input type="checkbox"/> 2 | En una instalación deportiva | <input type="checkbox"/> 6 |
| En la calle, pero no fue un accidente de tráfico | <input type="checkbox"/> 3 | En una zona recreativa o de ocio | <input type="checkbox"/> 7 |
| En el trabajo | <input type="checkbox"/> 4 | En otro lugar | <input type="checkbox"/> 8 |

6. En las últimas 4 semanas, ¿ha realizado alguna consulta médica (personalmente o por teléfono) por algún problema, molestia o enfermedad suya? No incluya las consultas de estomatólogo o dentista, ni la realización de pruebas diagnósticas (radiografías, análisis, ...), ni las consultas realizadas durante las hospitalizaciones

SÍ 1 NO 6

7. ¿Habitualmente realiza en su tiempo libre alguna actividad física como caminar, hacer algún deporte, gimnasia, ...?

SÍ 1 NO 6

8. ¿Podría decirme cuántas horas duerme habitualmente al día, incluyendo las horas de siesta?

Nº de horas diarias

9. ¿Podría decirme cuánto pesa, aproximadamente, sin zapatos ni ropa? Entrevistador/a: Si el sujeto de entrevista es una mujer embarazada, debe indicar cuánto pesaba antes del inicio del embarazo

Peso en kilos

10. ¿Y cuánto mide, aproximadamente, sin zapatos?

Altura en cm

L. Información relativa a los cuidados personales que reciben las personas con discapacidad

1. ¿Recibe asistencia o cuidados personales debido a su/s discapacidad/es?

SÍ 1 → P.2.

NO 6 → P. 8.b

2. ¿Alguna persona que reside en el hogar y no está empleada en el hogar, le presta cuidados personales?

Entrevistador: Anote su/s número/s de orden

SÍ 1 → Nº de orden

NO 6

3. ¿Alguna persona que reside en el hogar y está empleada en el hogar, le presta cuidados personales?

SÍ 1 → Nº de orden 1 → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ 1 NO 6

NO 6 2 → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ 1 NO 6

3 → ¿Es profesional socio-sanitario? SÍ 1 NO 6



4. ¿Alguna persona que no reside en el hogar, le presta cuidados personales?

SÍ 1
NO 6 → P.6

5. Cite todas las personas no residentes en el hogar que le prestan cuidados

- | | | | |
|---------------------|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Su/s hija/s | <input type="checkbox"/> 01 | Su/s nuera/s | <input type="checkbox"/> 12 |
| Su/s hijo/s | <input type="checkbox"/> 02 | Su/s yerno/s | <input type="checkbox"/> 13 |
| Su madre | <input type="checkbox"/> 03 | Otros parientes | <input type="checkbox"/> 14 |
| Su padre | <input type="checkbox"/> 04 | Empleados/as no residentes que son profesionales sociosanitarios | <input type="checkbox"/> 15 |
| Su cónyuge o pareja | <input type="checkbox"/> 05 | Otros empleados/as del hogar | <input type="checkbox"/> 16 |
| Su/s hermana/s | <input type="checkbox"/> 06 | Amigos/as o vecinos/as | <input type="checkbox"/> 17 |
| Su/s hermano/s | <input type="checkbox"/> 07 | Servicios sociales de las Administraciones Públicas | <input type="checkbox"/> 18 |
| Su/s abuela/s | <input type="checkbox"/> 08 | Servicios sociales de organismos no públicos (ONGs, asociaciones) | <input type="checkbox"/> 19 |
| Su/s abuelo/s | <input type="checkbox"/> 09 | Empresas privadas | <input type="checkbox"/> 20 |
| Su/s nieta/s | <input type="checkbox"/> 10 | Otras | <input type="checkbox"/> 21 |
| Su/s nieto/s | <input type="checkbox"/> 11 | | |

6. ¿Cuántas horas diarias por término medio, recibe ayuda de otras personas?

Excluya los cuidados y servicios recibidos en centros de día y otros servicios profesionales

Nº de horas

7. Si le presta cuidados más de una persona ¿quién es la que se dedica principalmente?

- Una persona que reside en el hogar, y no está empleada en el hogar → anote su nombre y número de orden
.....
- Una persona que reside en el hogar, y está empleada en el hogar → anote su nombre y número de orden
.....
- Una persona que no reside en el hogar, y no empleada en el hogar → anote su nombre y código de la pregunta 5
.....
- Una persona que no reside en el hogar, y está empleada en el hogar → anote su nombre y código de la pregunta 5 (sólo 15 ó 16)
.....

8.a ¿Considera que la ayuda que recibe de otras personas satisface sus necesidades?

SÍ 1 → P. 9 No necesito ayuda de otras personas 8 → Apartado M
NO, es insuficiente 6

8.b ¿Considera que necesita asistencia o cuidados personales debidos a su/s discapacidades?

SÍ 1 NO 6 → Apartado M

9. ¿Quién considera que debe prestar esa ayuda?

- Personal sociosanitario 1
Otra persona (familiar, personal no sociosanitario) 2
Ambos 3



