

**Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y
situaciones de Dependencia (EDAD-2020)**

CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE DISCAPACIDADES

(Personas de 6 y más años)

El objetivo del siguiente cuestionario es recabar información más detallada sobre las personas de 6 y más años que manifestaron tener dificultad en alguna de las actividades investigadas en el cuestionario de hogar y por tanto, susceptibles de ser personas con discapacidad.

Recuerde que este cuestionario va dirigido a aquella persona del hogar que se indica a continuación y cuyos datos debe confirmar con el informante.

Las siguientes preguntas conciernen únicamente a:

Nombre, Apellido1, Apellido 2

Sexo:

Edad: _____ años

Número de orden:

IDENTIFICACION

1. IDENTIFICACION DE LA VIVIENDA, HOGAR Y PERSONA CON DISCAPACIDAD

2. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

2.1 ¿Es el informante la persona a la que va dirigido el cuestionario?

SI *(Pasar a siguiente apartado: Estudio de discapacidades y deficiencias de origen)*

NO

2.2 ¿El informante es miembro del hogar?

SI *(Señalar al informante y pasar a pregunta 2.5)*

NO

2.3 Nombre del informante

2.4 Edad del informante

2.5 Relación del informante con la persona a la que va dirigido el cuestionario.

Cónyuge o pareja

Hijo/a

Padre/madre

Hermano/a

Otros familiares

Servicios sociales

Voluntarios/as

Otra relación

2.6 Motivo de la información proxy:

- Ausencia prolongada Desconocimiento del idioma
 Discapacidad o enfermedad grave que le impide contestar Menor de 18 años

ESTUDIO DE DISCAPACIDADES Y DEFICIENCIAS DE ORIGEN

Las preguntas que vamos a formularle a continuación se refieren a dificultades actuales que sean debidas a un problema de salud o discapacidad y que hayan durado o se prevea que vayan a durar al menos un año.

Cuando se habla de ayudas se deben tener en cuenta tanto las recibidas de otras personas como las ayudas técnicas externas (prótesis, sillas de ruedas, perros lazarillos,...).

Se entiende 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.

VISIÓN

B01.1 ¿Es ciego/a o solo distingue luz y oscuridad?

- SI *(Pasar a Filtro C1.1)*
 NO
 No sabe / No contesta

B02.1 ¿Tiene una dificultad importante para ver la letra de un periódico aunque lleve puestas gafas o lentillas?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

- SI
 NO *(Pasar a B03.1)*
 No sabe / No contesta *(Pasar a B03.1)*

B02.2 ¿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
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B02.3 ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para ver la letra de un periódico?

- SI
- NO *(Pasar a B03.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B03.1)*

B02.4 ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la letra de un periódico cuando utiliza esa ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B03.1 ¿Tiene una dificultad importante para ver la cara de alguien al otro lado de la calle (a unos 4 metros aproximadamente) aunque lleve gafas o lentillas?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

- SI
- NO *(Pasar a B04.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B04.1)*

B03.2 ¿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
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B03.3 ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para poder ver la cara de alguien al otro lado de la calle?

- SI
- NO *(Pasar a B04.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B04.1)*

B03.4 ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la cara de alguien al otro lado de la calle cuando utiliza esa ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B04. 1 ¿Tiene alguna otra dificultad importante de visión (de diferenciación de colores, de visión nocturna, etc.) aunque lleve puestas gafas o lentillas?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C1.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C1.1)*

B04.2 ¿Qué nivel de dificultad de visión tiene con ese otro problema importante de visión?

Si utiliza gafas o lentillas, valore el nivel de dificultad cuando está utilizándolas

- Dificultad moderada
- Gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B04.3 ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para superar esa otra dificultad importante de visión (diferenciación de colores, visión nocturna, etc.)?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C1.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C1.1)*

B04. 4 ¿Qué nivel de dificultad tiene cuando utiliza esa ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Dificultad moderada
- Gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro C.1.1 Si el entrevistado tiene una discapacidad de visión, es decir, si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B01.1, B02.1, B03.1 o B04.1 pasar a C1.1, en otro caso pasar a B05.1

C1.1 ¿Utiliza el sistema Braille?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C1.3)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C1.3)*

C1.2 ¿Desde qué edad lo está utilizando?

- Edad (en años)
- No sabe / No contesta

Filtro C1.3 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B02.3, B03.3 o B04.3 se formulará la pregunta C1.3. En caso contrario, se realizará la pregunta C1.4

C1.3 ¿Considera que las ayudas técnicas que recibe o utiliza actualmente para sus dificultades de visión satisfacen sus necesidades?

- SI
 - NO (son insuficientes)
 - No sabe / No contesta
- } *Pasar a C1.5*

C1.4 ¿Considera que necesitaría recibir ayudas técnicas para sus dificultades de visión?

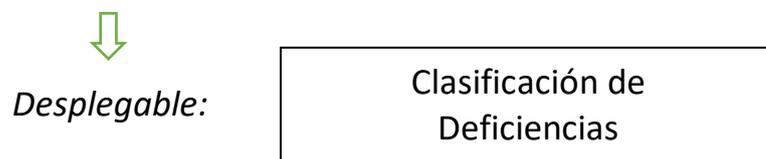
- SI
- NO
- No sabe / No contesta

C1.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de visión?

- Edad (en años)
- No sabe / No contesta

C1.6 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades de visión?

(Se podrán elegir varias deficiencias)



C1.7 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de visión?

↓
Desplegable:

Desplegable de
deficiencias seleccionadas

C1.8 ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

↓
Desplegable:

Clasificación de etiologías

C1.9 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C1.10 ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades? (Señale las que procedan)

- Retinosis pigmentaria
- Miopía magna
- Degeneración macular senil
- Retinopatía diabética
- Glaucoma
- Cataratas
- No sabe / No contesta

AUDICIÓN

B05.1 ¿Es sordo/a total?

- SI *(Pasar a Filtro C2.1)*
- NO
- No sabe / No contesta

B06.1 ¿Tiene una dificultad importante para oír sonidos fuertes o intensos sin utilizar audífono u otro tipo de ayuda técnica externa? (Por ejemplo, para oír una alarma, una sirena o un timbre).

- SI
- NO *(Pasar a B07.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B07.1)*

B06.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede oír sonidos fuertes o intensos?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B06.3 ¿Utiliza audífono u otro tipo de ayuda técnica para oír sonidos fuertes o intensos?

- SI
- NO *(Pasar a B07.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B07.1)*

B06.4 ¿Con qué nivel de dificultad puede oír sonidos fuertes o intensos cuando utiliza el audífono u otra ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B07.1 ¿Tiene una dificultad importante para oír lo que se dice en una conversación con varias personas, sin utilizar audífono u otro tipo de ayuda técnica externa?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C2.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C2.1)*

B07.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede oír lo que se dice en una conversación con varias personas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B07.3 ¿Utiliza audífono u otro de ayuda técnica para oír una conversación?

- SI
- NO *(Pasar a C2.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a C2.1)*

B07.4 ¿Con qué nivel de dificultad puede oír una conversación cuando utiliza el audífono u otra ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro C2.1 Si el entrevistado tiene una discapacidad de audición, es decir, si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B05.1, B06.1 o B07.1 pasar a C2.1; en otro caso, pasar a B08.1

C2.1 ¿Utiliza una lengua de signos?

- SI
- NO *(Pasar a C2.3)*

No sabe / No contesta *(Pasar a C2.3)*

C2.2 ¿Desde qué edad la está utilizando?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C2.3 ¿Tiene implante coclear?

SI

NO *(Pasar al Filtro C2.5)*

No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C2.5)*

C2.4 ¿A qué edad se le implantó?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

Filtro C2.5 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B06.3 o B07.3 se formulará la pregunta C2.5. En caso contrario, se realizará la pregunta C2.6

C2.5 ¿Considera que las ayudas técnicas que recibe o utiliza actualmente para sus dificultades de audición satisfacen sus necesidades?

SI

NO (son insuficientes)

No sabe / No contesta

Pasar a C2.7

C2.6 ¿Considera que necesitaría recibir ayudas técnicas para sus dificultades de audición?

SI

NO

No sabe / No contesta

C2.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de audición?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C2.8 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) origen de sus dificultades de audición?

(Se podrán elegir varias deficiencias)



Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C2.9 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de audición?



Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C2.10 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?



Desplegable:

Clasificación de etiologías

C2.11 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

COMUNICACIÓN

B08.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para hablar de manera comprensible sin ayudas técnicas externas?

SI

NO *(Pasar a B09.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B09.1)*

B08.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar de manera comprensible?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B08.3 ¿Utiliza alguna ayuda técnica para poder hablar de manera comprensible?

- SI
- NO *(Pasar a B09.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B09.1)*

B08.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar de manera comprensible cuando utiliza la ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B09.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para comprender el significado de lo que le dicen otras personas sin ayudas personales?

- SI
- NO *(Pasar a B10.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B10.1)*

B09.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender el significado de lo que le dicen otras personas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B09.3 ¿Recibe ayuda personal para comprender el significado de lo que le dicen otras personas?

- SI
- NO *(Pasar a B10.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B10.1)*

B09.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede comprender el significado de lo que le dicen otras personas cuando recibe ayuda personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B10.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para comprender un texto escrito o expresarse a través de la escritura?

- SI
- NO *(Pasar a B11.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B11.1)*

B10.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede comprender un texto escrito o expresarse a través de la escritura?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B11.1 Por problemas de salud o de 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, etc.

SI

NO *(Pasar a B12.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B12.1)*

B11.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede comprender gestos, símbolos, dibujos, sonidos o expresarse a través de ellos?

Con dificultad moderada

Con gran dificultad

No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B12.1 Debido a un problema mental o discapacidad intelectual, ¿tiene una dificultad importante para mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje?

Con 'problema mental' nos referimos a un problema de naturaleza cognitiva o intelectual.

SI

NO *(Pasar a B13.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B13.1)*

B12.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje?

Con dificultad moderada

- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B13.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para hablar con los demás a través del teléfono (móvil o fijo) sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- SI
- NO *(Pasar a B14.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B14.1)*

B13.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar con los demás a través del teléfono (móvil o fijo)?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B13.3 ¿Recibe asistencia personal, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder hablar con los demás a través del teléfono (móvil o fijo)?

- SI
- NO *(Pasar a B14.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B14.1)*

B13.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hablar con los demás a través del teléfono cuando recibe asistencia personal, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad

- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B14.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para utilizar sistemas de comunicación escrita a distancia sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, a través de móvil, correo electrónico o redes sociales.

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C3.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C3.1)*

B14.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar esos sistemas de comunicación escrita a distancia?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B14.3 ¿Recibe apoyo personal o algún tipo de ayuda técnica para poder utilizar sistemas de comunicación escrita a distancia?

- SI
- NO *(Pasar a Filtro C3.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a Filtro C3.1)*

B14.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar esos sistemas de comunicación escrita a distancia cuando recibe apoyo personal o ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo

No sabe / No contesta

Filtro C3.1 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B08.3, B09.3, B13.3 o B.14.3 se formulará la pregunta C3.1. Si son todas 'No' o 'No sabe/No contesta' se realizará la pregunta C3.2; en otro caso, pasar a Filtro C3.3.

C3.1 ¿Considera que los apoyos personales o ayudas técnicas que recibe actualmente en relación con sus dificultades de comunicación satisfacen sus necesidades?

- SI
- NO (son insuficientes)
- No sabe / No contesta

]} *Pasar a C3.3*

C3.2 ¿Considera que necesitaría recibir ayudas técnicas para sus dificultades de comunicación?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Filtro C3.3 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B08.1, B09.1, B10.1, B.11.1, B.12.1, B.13.1 o B.14.1 se formulará la pregunta C3.3; en caso contrario entonces pasar a B15.1

C3.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de comunicación?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C3.4 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades de comunicación?

(Se podrán señalar varias opciones)



Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C3.5 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de comunicación?



Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C3.6 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?



Desplegable:

Clasificación de etiologías

C3.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DESARROLLO DE TAREAS

Las siguientes preguntas están relacionadas con el aprendizaje y desarrollo de tareas, cuando hagamos referencia a problemas mentales nos referiremos a problemas de naturaleza cognitiva o intelectual.

B15.1 Debido a un problema mental o a una discapacidad intelectual, ¿tiene una dificultad importante para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

SI

NO *(Pasar a B16.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B16.1)*

B15.2 ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B16.1 Debido a un problema mental o a una discapacidad intelectual, ¿tiene una dificultad importante para aprender a hacer cosas sencillas o para aprender a manejar utensilios de uso cotidiano? *Por ejemplo, copiar, leer, escribir, sumar o restar, utilizar un cepillo de dientes, regular la temperatura del agua, utilizar los cubiertos de mesa,...*

- SI
- NO *(Pasar a B17.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B17.1)*

B16.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede aprender a hacer cosas sencillas o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B16.3 ¿Recibe asistencia personal, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para aprender a hacer cosas sencillas o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano?

- SI
- NO *(Pasar a B17.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B17.1)*

B16.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede aprender a hacer cosas sencillas o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano cuando recibe asistencia personal, supervisión o utiliza una ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B17.1 Debido a un problema mental o a una discapacidad intelectual, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas sencillas sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, sacar algo de un armario, llenar un vaso de agua,...

- SI
- NO *(Pasar a B18.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B18.1)*

B17.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede llevar a cabo tareas sencillas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B17.3 ¿Recibe apoyo personal, supervisión o utiliza algún tipo de ayuda técnica para poder llevar a cabo tareas sencillas?

- SI
- NO *(Pasar a B18.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B18.1)*

B17.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas sencillas cuando recibe apoyo personal, supervisión o utiliza una ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B18.1 Debido a un problema mental o a una discapacidad intelectual, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas complejas sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo transmitir un recado, acudir a una cita,...

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C4.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C4.1)*

B18.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede llevar a cabo tareas complejas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B18.3 ¿Recibe apoyo personal, supervisión o utiliza algún tipo de ayuda técnica para poder llevar a cabo tareas complejas?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C4.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C4.1)*

B18.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas complejas cuando recibe apoyo personal, supervisión o utiliza una ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro C4.1 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B16.3, B17.3 o B.18.3 se formulará la pregunta C4.1. Si son todas 'No' o 'No sabe/No contesta' se realizará la pregunta C4.2; en otro caso, pasar al filtro C4.3.

C4.1 ¿Considera que los apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas o que recibe actualmente en relación con sus dificultades de aprendizaje satisfacen sus necesidades?

- SI
 - NO (son insuficientes)
 - No sabe / No contesta
- } *Pasar a C4.3*

C4.2 ¿Considera que necesitaría recibir apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas para sus dificultades de aprendizaje?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Filtro C4.3 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B16.1, B17.1 o B.18.1 se formulará la pregunta C4.3, en otro caso, pasar a B19.1.

C4.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de aprendizaje?

- Edad (en años)
- No sabe / No contesta

C4.4 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades de aprendizaje?

(Se podrán elegir varias opciones)


Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C4.5 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de aprendizaje?


Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C4.6 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?


Desplegable:

Clasificación de etiologías

C4.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

MOVILIDAD

B19.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para cambiar de postura sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? (Por ejemplo, levantarse, sentarse, acostarse,...).

- SI
- NO *(Pasar a B20.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B20.1)*

B19.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede cambiar de postura?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B19.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para cambiar de postura?

- SI
- NO *(Pasar a B20.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B20.1)*

B19.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cambiar de postura cuando recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B20.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario sin recibir apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, permanecer de pie o sentado.

- SI
- NO *(Pasar a B21.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B21.1)*

B20.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B20.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario?

- SI
- NO *(Pasar a B21.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B21.1)*

B20.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B21.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para andar o moverse dentro de su vivienda sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, desplazarse dentro de una habitación o entre habitaciones

- SI
- NO *(Pasar a B22.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B22.1)*

B21.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro de su vivienda?

- Con dificultad moderada

- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B21.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder andar o moverse dentro de su vivienda?

- SI
- NO *(Pasar a B22.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B22.1)*

B21.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro de su vivienda cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B22.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para andar o moverse fuera de su vivienda sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, desplazarse por la calle sin medios de transporte, dentro de edificios públicos o privados,...

- SI
- NO *(Pasar a B23.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B23.1)*

B22.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede andar o moverse fuera de su vivienda?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B22.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder andar o moverse fuera de su vivienda?

SI

NO *(Pasar a B23.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B23.1)*

B22.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse fuera de su vivienda cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

Sin dificultad o con poca dificultad

Con dificultad moderada

Con gran dificultad

No puede realizar la actividad por sí mismo

No sabe / No contesta

B23.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, en coche, autobús, tren, metro, tranvía,...

SI

NO *(Pasar al Filtro B24.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro B24.1)*

B23.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?

Con dificultad moderada

Con gran dificultad

No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B23.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro B24.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro B24.1)*

B23.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro B24.1: Si la persona tiene 18 años o más, pasar a B24.1; en otro caso, pasar a B25.1

B24.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para conducir vehículos a motor sin adaptaciones?

- SI
- NO *(Pasar a B25.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B25.1)*

B24.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede conducir vehículos a motor sin adaptaciones?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B24.3 ¿Utiliza adaptaciones u otras ayudas técnicas para conducir vehículos?

- SI
- NO *(Pasar a B25.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B25.1)*

B24.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede conducir vehículos cuando utiliza adaptaciones u otras ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B25.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para manipular objetos, o levantar y mover algo con las manos o brazos sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? (Por ejemplo, para alcanzar un vaso, lanzar una pelota, empujar una silla, llevar un bebé en brazos, etc.)

- SI
- NO *(Pasar a B26.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B26.1)*

B25.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos, o levantar y mover algo con las manos o brazos?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B25.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder manipular objetos, o levantar y mover algo con las manos o brazos?

- SI
- NO *(Pasar a B26.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B26.1)*

B25.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos, o levantar y mover algo con las manos o brazos cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B26.1 Por problemas de salud o de discapacidad ¿tiene una dificultad importante para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? *Por ejemplo, coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con un bolígrafo,...*

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C5.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C5.1)*

B26.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos pequeños con manos y dedos?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B26.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder manipular objetos pequeños con manos y dedos?

- SI
- NO *(Pasar al filtro C5.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al filtro C5.1)*

B26.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos pequeños con manos y dedos cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- Con dificultad severa
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro C5.1 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B19.3, B20.3, B21.3, B22.3, B23.3, B24.3, B25.3 o B.26.3 se formulará la pregunta C5.1. Si son todas 'No' o 'No sabe/No contesta' pasará a C5.2; en otro caso pasar al Filtro C5.3.

C5.1 ¿Considera que los apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas que recibe actualmente para sus dificultades de movilidad satisfacen sus necesidades?

- SI
 - NO (son insuficientes)
 - No sabe / No contesta
- Pasar a C5.3*

C5.2 ¿Considera que necesitaría recibir apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas para sus dificultades de movilidad?

- SI
- NO

No sabe / No contesta

Filtro C5.3. Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B19.1, B20.1, B21.1, B22.1, B23.1, B24.1, B25.1 o B.26.1 se formulará la pregunta C5.3; en otro caso, pasar a la pregunta B27.1.

C5.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de movilidad?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C5.4 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades de movilidad?

(Se podrán elegir varias opciones)



Desplegable:

Clasificación de
Deficiencias

C5.5 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de movilidad?



Desplegable:

Desplegable de
deficiencias seleccionadas

C5.6 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?



Desplegable:

Clasificación de etiologías

C5.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

AUTOCUIDADO

B27.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? *Por ejemplo, ducharse, lavarse las manos, la cabeza,...*

- SI
- NO *(Pasar a B28.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B28.1)*

B27.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B27.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo?

- SI
- NO *(Pasar a B28.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B28.1)*

B27.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B28.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para realizar los cuidados básicos del cuerpo sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

Por ejemplo, peinarse, cortarse las uñas,...

- SI
- NO *(Pasar a B29.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B29.1)*

B28.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar los cuidados básicos del cuerpo?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B28.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas para poder realizar los cuidados básicos del cuerpo?

- SI
- NO *(Pasar a B29.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B29.1)*

B28.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede realizar los cuidados básicos del cuerpo cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B29.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para ir al servicio y hacer sus necesidades o para cuidar su higiene íntima sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? *Por ejemplo, controlar la necesidad de orinar, defecar, limpiarse después de hacer sus necesidades, cuidado menstrual, usar compresas,...*

- SI
- NO *(Pasar a B30.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B30.1)*

B29.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ir al servicio y hacer sus necesidades o cuidar de su higiene íntima?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B29.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder ir al servicio y hacer sus necesidades o para cuidar su higiene íntima?

- SI
- NO *(Pasar a B30.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B30.1)*

B29.4 ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene para poder ir al servicio y hacer sus necesidades o para cuidar su higiene íntima cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B30.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para vestirse o desvestirse sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

Por ejemplo, ponerse o quitarse la ropa y el calzado, elegir la ropa adecuada de acuerdo a las condiciones climáticas,...

- SI
- NO *(Pasar a B31.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B31.1)*

B30.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede vestirse o desvestirse?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B30.3 ¿Recibe apoyo personal o algún tipo de ayuda técnica para poder vestirse o desvestirse?

- SI
- NO *(Pasar a B31.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B31.1)*

B30.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede vestirse o desvestirse cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B31.1 Por problemas de salud o de discapacidad ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo las tareas de comer o beber sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, llevar alimentos a la boca, tragar los alimentos, usar cubiertos, servir líquidos, beber sin derramar el contenido,...

- SI
- NO *(Pasar a B32.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B32.1)*

B31.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo las tareas de comer o beber?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B31.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder llevar a cabo las tareas de comer o beber?

- SI
- NO *(Pasar a B32.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B32.1)*

B31.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo las tareas de comer o beber cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B32.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por

ejemplo, tomar correctamente la medicación, seguir dietas o tratamientos específicos, asistir a las consultas médicas,...

- SI
- NO *(Pasar a B33.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B33.1)*

B32.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B32.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder cumplir las prescripciones médicas?

- SI
- NO *(Pasar a B33.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B33.1)*

B32.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B33.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para evitar situaciones de peligro en la vida diaria sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

Por ejemplo, apagar el gas, respetar los semáforos,...

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C6.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C6.1)*

B33.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede evitar situaciones de peligro en la vida diaria?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B33.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder evitar situaciones de peligro en la vida diaria?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C6.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C6.1)*

B33.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede evitar situaciones de peligro en la vida diaria cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

Filtro C6.1 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B27.3, B28.3, B29.3, B30.3, B31.3, B32.3 o B.33.3 se formulará la pregunta C6.1. Si son todas 'No' o 'No sabe/No contesta' pasar a C6.2; en otro caso, pasar a Filtro C6.3

C6.1 ¿Considera que los apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas que recibe actualmente para sus dificultades de autocuidado satisfacen sus necesidades?

- SI
 - NO (son insuficientes)
 - No sabe / No contesta
- } Pasar a C6.3

C6.2 ¿Considera que necesitaría recibir apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas para sus dificultades de autocuidado?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Filtro C6.3 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B27.1, B28.1, B29.1, B30.1, B31.1, B32.1 o B.33.1 se formulará la pregunta C6.3; en otro caso, pasar a Filtro B34.1.

C6.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes de autocuidado?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C6.4 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades de autocuidado?

(se podrán elegir varias opciones)



Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C6.5 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades de autocuidado?



Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C6.6 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?



Desplegable:

Clasificación de etiologías

C6.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

VIDA DOMÉSTICA (solo para personas mayores de 12 años)

B34.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene o podría tener una dificultad importante para administrar el presupuesto o dinero del hogar, planificar los gastos u organizar las compras?

SI

NO *(Pasar a B35.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B35.1)*

B34.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede administrar el presupuesto o dinero del hogar, planificar los gastos u organizar las compras?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B34.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder administrar el presupuesto o dinero del hogar, planificar los gastos u organizar las compras?

- SI
- NO *(Pasar a B35.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B35.1)*

B34.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede administrar el presupuesto o dinero del hogar, planificar los gastos u organizar las compras cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B35.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene o tendría una dificultad importante para hacer la compra o preparar comidas sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- SI
- NO *(Pasar a B36.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B36.1)*

B35.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hacer la compra o preparar comidas?

- Con dificultad moderada

- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B35.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder hacer la compra o preparar comidas?

- SI
- NO *(Pasar a B36.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B36.1)*

B35.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede hacer la compra o preparar comidas cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

- Sin dificultad o con poca dificultad
- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad por sí mismo
- No sabe / No contesta

B36.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene o tendría una dificultad importante para ocuparse de otras tareas de la casa sin apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas? Por ejemplo, limpiar, lavar la ropa, usar aparatos domésticos,...

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C7.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C7.1)*

B36.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de otras tareas de la casa?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B36.3 ¿Recibe apoyos personales, supervisión o utiliza alguna ayuda técnica para poder ocuparse de otras tareas de la casa?

SI

NO *(Pasar al Filtro C7.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C7.1)*

B36.4 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de otras tareas de la casa cuando recibe apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas?

Sin dificultad o con poca dificultad

Con dificultad moderada

Con gran dificultad

No puede realizar la actividad por sí mismo

No sabe / No contesta

Filtro C7.1 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B34.3, B35.3 o B36.3 se formulará la pregunta C7.1. Si son todas 'No' o 'No sabe/No contesta' se realizará la pregunta C7.2; en otro caso pasar a Filtro C7.3

C7.1 ¿Considera que los apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas que recibe actualmente para sus dificultades en relación con la vida doméstica satisfacen sus necesidades?

SI

NO (son insuficientes)

No sabe / No contesta

Pasar a C7.3

C7.2 ¿Considera que necesitaría recibir apoyos personales, supervisión o ayudas técnicas para sus dificultades en relación con la vida doméstica?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Filtro C7.3 Si el entrevistado ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B34.1, B35.1 o B.36.1 se formulará la pregunta C7.3; en otro caso, pasar a B37.1.

C7.3 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes en relación con la vida doméstica?

Edad (en años)
 No sabe / No contesta

C7.4 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades en relación con la vida doméstica?

(Se podrán señalar varias opciones)


Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C7.5 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades en relación con la vida doméstica?


Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C7.6 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?


Desplegable:

Clasificación de etiologías

C7.7 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES

B37.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mostrar afecto o respeto a otras personas de manera adecuada, o transmitir sentimientos incluyendo el contacto físico, como besos, caricias,...?

SI

NO *(Pasar a B38.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B38.1)*

B37.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede mostrar afecto o respeto a otras personas de manera adecuada, o transmitir sentimientos incluyendo el contacto físico?

Con dificultad moderada

Con gran dificultad

No puede realizar la actividad

No sabe / No contesta

B38.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para relacionarse con personas desconocidas? Por ejemplo, cuando se pregunta una dirección, al comprar algo,...

SI

NO *(Pasar a B39.1)*

No sabe / No contesta *(Pasar a B39.1)*

B38.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede relacionarse con personas desconocidas?

- Con dificultad moderada
- Con gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B39.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as, personas subordinadas, cargos superiores o compañeros/as?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro B40.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro B40.1)*

B39.2 ¿Qué nivel de dificultad tiene para iniciar o mantener relaciones con amigos/as, vecinos/as, conocidos/as, personas subordinadas, cargos superiores o compañeros/as?

- Dificultad moderada
- Gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

Filtro B40.1 Si la persona es mayor de 16 años, pasar a B40.1; en otro caso, pasar al Filtro C8.1.

B40.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para formar una familia o mantener relaciones familiares?

- SI
- NO *(Pasar a B41.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a B41.1)*

B40.2 ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene para formar una familia o mantener relaciones familiares?

- Dificultad moderada
- Gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

B41.1 Por problemas de salud o de discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro C8.1)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro C8.1)*

B41.2 ¿Qué nivel de dificultad diría que tiene para iniciar o mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?

- Dificultad moderada
- Gran dificultad
- No puede realizar la actividad
- No sabe / No contesta

Filtro C8.1 Si el entrevistado tiene una discapacidad de interacciones y relaciones personales, es decir, si ha contestado afirmativamente a alguna de las preguntas B37.1, B38.1, B.39.1, B40.1 o B41.1, pasar C8.1; en otro caso, pasar al apartado D. Salud, Diagnósticos y Prestaciones Sanitarias.

C8.1 ¿Qué edad tenía cuando comenzaron sus dificultades importantes en las relaciones personales?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

C8.2 ¿Cuál es la deficiencia (o deficiencias) de origen de sus dificultades en las relaciones personales?

(Se podrán elegir varias opciones)



Desplegable:

Clasificación de Deficiencias

C8.3 De las anteriores deficiencias que ha indicado, ¿cuál considera que es la deficiencia principal que ha originado sus dificultades en las relaciones personales?



Desplegable:

Desplegable de deficiencias seleccionadas

C8.4 ¿Cuál es la causa o problema que originó esta deficiencia?



Desplegable:

Clasificación de etiologías

C8.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó esta deficiencia?

Edad (en años)

No sabe / No contesta

D. SALUD, DIAGNÓSTICOS Y PRESTACIONES SANITARIAS

Pasemos ahora a algunas preguntas relacionadas con su salud en general

D.01 ¿Cómo es su salud en general?

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala
- Muy mala
- No sabe / No contesta

D.02 ¿Cuenta con alguno de los siguientes diagnósticos?

Laringectomías Sí No Ns/Nc

Cáncer / Tumor maligno Sí No Ns/Nc

Diabetes Sí No Ns/Nc

Esquizofrenia Sí No Ns/Nc

Trastorno bipolar Sí No Ns/Nc

Depresión crónica Sí No Ns/Nc

Ansiedad crónica Sí No Ns/Nc

Trastornos del espectro del autismo (incluye Autismo, Síndrome de Asperger, Trastorno generalizado del desarrollo, etc.) Sí No Ns/Nc

Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) Sí No Ns/Nc

Parkinson Sí No Ns/Nc

Alzheimer Sí No Ns/Nc

Esclerosis múltiple Sí No Ns/Nc

Epilepsia Sí No Ns/Nc

Distrofia muscular Sí No Ns/Nc

Parálisis cerebral Sí No Ns/Nc

Hidrocefalia/Espina bífida Sí No Ns/Nc

Lesión medular Sí No Ns/Nc

- Daño cerebral por accidente cerebrovascular (ictus, derrame cerebral, etc.) Sí No
Ns/Nc
- Daño cerebral por traumatismo craneoencefálico Sí No Ns/Nc
- Infarto de miocardio Sí No Ns/Nc
- Artritis Sí No Ns/Nc
- Artrosis Sí No Ns/Nc
- Fibromialgia Sí No Ns/Nc
- Enfermedad renal crónica Sí No Ns/Nc
- Agenesia/Amputaciones Sí No Ns/Nc
- Síndrome de Down Sí No Ns/Nc
- Otra enfermedad asociada a la discapacidad Sí No Ns/Nc
- Enfermedad rara Sí No Ns/Nc

A continuación pasamos a un bloque de preguntas relacionadas con los servicios sanitarios que ha necesitado y ha recibido, así como datos sobre los motivos por los que no ha recibido los servicios sanitarios que ha necesitado.

D.03 En los últimos doce meses y por algún problema de salud, ¿ha acudido a consulta o ha recibido alguno de los siguientes servicios sanitarios? (Se pueden señalar varias opciones)

- Médico de familia y/o enfermería
- Especialista y/o pruebas diagnósticas (Radiografías, TAC o escáner, ecografías, mamografías, revisiones ginecológicas, etc.)
- Urgencias
- Rehabilitación (física o cognitiva)
- Psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra
- Atención sanitaria a domicilio
- Servicios especiales de transporte a domicilio (Acudir a un servicio médico, hospital de día, etc.)
- Otros servicios sanitarios
- No he recibido ninguno de los servicios anteriores
- No sabe / No contesta

Tipo de servicio:

- Sanidad pública
- Sociedad médica
- Consulta privada
- Otros (médico empresa, etc.)
- No sabe / No contesta

D.04 ¿Durante los últimos doce meses ¿ha necesitado recibir alguno de los siguientes servicios sanitarios y no lo ha recibido?

(Se pueden señalar varias opciones)

- Médico de familia y/o enfermería
- Especialista y/o pruebas diagnósticas
(Radiografías, TAC o escáner, ecografías, mamografías, revisiones ginecológicas etc.)
- Urgencias
- Rehabilitación (física o cognitiva)
- Psicólogo, psicoterapeuta, psiquiatra
- Atención sanitaria a domicilio
- Servicios especiales de transporte a domicilio
(Acudir a un servicio médico, hospital de día, etc.)
- Otros servicios sanitarios
- No he necesitado ningún servicio sanitario o he recibido todos los servicios que he necesitado
- No sabe / No contesta

Motivo por el que no ha recibido el servicio:

- Estoy en lista de espera
- No podía pagarlo
- No está disponible en mi entorno
- No me lo han concedido
- No lo he solicitado
- Otros motivos

D.05 ¿Se ha sentido discriminado/a alguna vez por motivo de su discapacidad en las consultas o servicios sanitarios que ha recibido? (No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentir inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).

- Nunca *(Pase al apartado E. Prestaciones sociales y económicas)*
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pase al apartado E. Prestaciones sociales y económicas)*

D.06 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en las consultas o servicios sanitarios? (Puede marcar varias opciones de respuesta)

- Personal sanitario *(médicos/as, enfermeros/as,...)*
- Personal no sanitario *(celadores, personal administrativo,...)*
- No sabe / No contesta

E. PRESTACIONES SOCIALES Y ECONÓMICAS

A continuación pasamos al apartado de preguntas relacionadas con los servicios 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 sociales que ha necesitado. También le preguntaremos sobre prestaciones económicas recibidas como consecuencia de su discapacidad.

E.01 En los últimos doce meses y debido a alguna discapacidad, ¿ha recibido o disfrutado de alguno de los siguientes servicios sociales? (Se pueden señalar varias opciones)

- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Atención psicosocial a familiares/Apoyo familiar
- Servicio de Centro de día/Centro de noche
- Estancias temporales (servicios de respiro)
- Servicios de vivienda o residenciales
- Centros ocupacionales
- Otros servicios sociales
- No he recibido o disfrutado de ningún servicio social
- No sabe / No contesta

Tipo de servicio:

- Sanidad pública
- Sociedad médica
- Consulta privada
- Otros (médico empresa, etc.)
- No sabe / No contesta

E.02 Durante los últimos doce meses y debido a su discapacidad, ¿ha necesitado recibir alguno de los siguientes servicios sociales y no lo ha recibido? (Se pueden señalar varias opciones)

- Teleasistencia
- Ayuda a domicilio
- Atención psicosocial a familiares/apoyo familiar
- Servicio de Centro de día/Centro de noche
- Estancias temporales (servicios de respiro)
- Servicios de vivienda o residenciales
- Centros ocupacionales
- Otros servicios sociales
- No he necesitado recibir ningún servicio social
- No sabe / No contesta

Motivo por el que no ha recibido el servicio:

- Estoy en lista de espera
- No podía pagarlo
- No está disponible en mi entorno
- No me lo han concedido
- No lo he solicitado
- Otros motivos

E.03 Como consecuencia de su discapacidad, ¿ha recibido en los últimos 12 meses algún tipo de prestación económica o indemnización?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta E.06)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta E.06)*

E.04 De las siguientes prestaciones monetarias periódicas para personas con discapacidad, ¿cuáles ha recibido en los últimos 12 meses? (Puede marcar varias opciones)

- Pensiones contributivas por incapacidad *(incapacidad permanente, clases pasivas, SOVI,...)*
- Pensiones no contributivas de invalidez
- Asignaciones económicas por tener hijo a cargo con discapacidad
- Prestaciones económicas de dependencia
- Otras prestaciones monetarias periódicas
- No he recibido ninguna prestación monetaria periódica
- No sabe / No contesta

E.05 De las siguientes prestaciones monetarias no periódicas para personas con discapacidad, ¿cuáles ha recibido en los últimos 12 meses? (Puede marcar varias opciones)

- Ayudas públicas *(para rehabilitación, educación, cuidadores, accesibilidad y adaptación, acción social, etc.)*
- Indemnizaciones *(por daño corporal, responsabilidad civil o penal, etc.)*
- Otras prestaciones monetarias no periódicas
- No he recibido ninguna prestación monetaria no periódica
- No sabe / No contesta

E.06 Como consecuencia de su discapacidad, ¿ha disfrutado Vd. o alguno de sus familiares, en los últimos 12 meses, de alguno de los siguientes beneficios fiscales? (Puede marcar varias opciones)

- En el IRPF *(contribuyente con discapacidad, asistencia a persona ascendiente o descendiente con discapacidad)*
- Otros impuestos *(circulación, matriculación, exención del IVA, etc.)*
- Otros beneficios fiscales *(tasas, etc.)*

- No he disfrutado de ningún beneficio fiscal
- No sabe / No contesta

F. EDUCACIÓN, ESCOLARIZACIÓN Y ESTUDIOS EN CURSO

El siguiente apartado incluye algunas preguntas para conocer los estudios que ha realizado o está realizando actualmente.

Filtro F.01 Si la persona tiene menos de 16 años pasar a F.01, en otro caso, pasar a Filtro F.13.

Personas menores de 16 años

F.01 En relación con la educación, ¿cuál es su situación actual?

- No está escolarizado *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*
- Está escolarizado en un centro de educación especial
- Está escolarizado en un aula de educación especial en un centro ordinario
- Está escolarizado en un centro ordinario recibiendo apoyos personalizados
- Está escolarizado en un centro ordinario sin ningún tipo personalizado de apoyo
- Otro tipo de escolarización
- No sabe / No contesta *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*

F.02 ¿Por qué motivo está escolarizado en dicho centro?

- Por decisión familiar
- Por indicación de un profesional o especialista
- Por decisión de la Administración
- No había otras opciones factibles *(ej. residir en un pueblo pequeño)*
- Por otro motivo
- No sabe / No contesta

F.03 ¿Cuál es la titularidad del centro escolar al que asiste?

- Centro público
- Centro concertado
- Centro privado *(no concertado)*
- No sabe / No contesta

F.04 ¿Recibe alguna beca o ayuda al estudio? (Puede marcar varias opciones)

- Sí, recibo una beca o ayuda al estudio por motivo de mi discapacidad
- Sí, recibo una beca o ayuda al estudio por otro motivo
- No, no recibo ninguna beca o ayuda al estudio
- No sabe / No contesta

F.05 Debido a su discapacidad, ¿se ha tenido que realizar alguna adaptación en su clase o centro de estudios? (Por ejemplo, adaptación en las instalaciones, ordenadores, mobiliario, etc.)

- Sí
- No, no ha sido necesario hacer adaptaciones
- No, no se han realizado pero hubieran sido necesarias
- No sabe / No contesta

F.06 Como consecuencia de su discapacidad, ¿ha dispuesto en su centro de estudios de los apoyos suficientes o de las adaptaciones curriculares u otro tipo de recursos orientados a su inclusión educativa?

- Sí, he recibido los apoyos y adaptaciones suficientes
- Sí, he recibido apoyos y adaptaciones, pero no los *suficientes*
- No, no los he necesitado
- No, los he necesitado y no los he recibido
- No sabe / No contesta

F.07 ¿Estuvo escolarizado durante el anterior curso escolar?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta F.09)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta F.09)*

F.08 Durante el anterior curso escolar, ¿cuántos días tuvo que faltar al colegio debido a su discapacidad? (Debe considerar el número total de días que haya faltado a lo largo del curso por motivo de su discapacidad, aunque haya sido en períodos distintos)

- Ningún día
- De 1 a 7 días
- De 8 a 14 días

- De 15 días a un mes
- Entre uno y tres meses
- Más de tres meses
- No sabe / No contesta

F.09 Durante su etapa de escolarización, ¿se ha sentido discriminado/a en el colegio o centro escolar por motivo de su discapacidad? *(No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).*

- Nunca *(Pasar a F.11)*
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pasar a F.11)*

F.10 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en el colegio o centro escolar? *(Puede marcar varias opciones de respuesta)*

- Otros compañeros/as, alumnos/as
- Algún maestro/a o profesor/a
- Otro personal del centro escolar
- Otras personas ajenas al centro escolar (familiares de otros alumnos/as, personal de empresas de servicios, etc.)
- No sabe / No contesta

F.11 Durante su etapa de escolarización, ¿ha sufrido situaciones de acoso o ciberacoso (bullying) por motivo de su discapacidad? *(Compañeros que le han molestado habitualmente y de manera intencionada mediante burlas, insultos, empujones, patadas, golpes, rechazos, rumores o amenazas, tanto directamente como a través del móvil, las redes sociales o internet)*

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta

Filtro F.12 Si F.09 ó F.11='Algunas veces', 'Muchas veces', 'Constantemente', pasar a F.12; en otro caso, pasar a apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social.

F.12 ¿Considera que el hecho de haberse sentido discriminado/a o acosado/a le ha influido negativamente en su rendimiento escolar?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social

Filtro F.13 Si la persona tiene 16 años o más, pasar a F.13; e otro caso, pasar al Apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social.

Personas de 16 años o más

F.13 ¿Se encuentra realizando actualmente algún tipo de estudios o cursos de formación?

- SI
- NO (Pase al apartado G. Empleo y situación laboral)
- No sabe / No contesta (Pase al apartado G. Empleo y situación laboral)

F.14 ¿Qué tipo de estudios o cursos de formación está realizando?

- Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Centro ordinario
- Educación Secundaria Obligatoria (ESO). Centro especial
- Bachillerato
- Formación Profesional Básica
- Formación Profesional Grado Medio
- Formación Profesional Grado Superior
- Estudios Universitarios (Grado o postgrado universitario)
- Educación especial
- Cursos de Formación Profesional Ocupacional. Centro ordinario
- Cursos de Formación Profesional Ocupacional. Centro especial
- No sabe / No contesta

F.15 ¿Recibe alguna beca o ayuda al estudio?

- Sí, recibo una beca o ayuda al estudio por motivo de mi discapacidad
- Sí, recibo una beca o ayuda al estudio por otro motivo

- No, no recibo ningún tipo de beca o ayuda al estudio
- No sabe / No contesta

F.16 Debido a su discapacidad, ¿se ha tenido que realizar alguna adaptación en su clase o centro de estudios? *(Por ejemplo, en las instalaciones, ordenadores, mobiliario, etc.)*

- Sí
- No, no ha sido necesario hacer adaptaciones
- No, no se han realizado pero hubieran sido necesarias
- No sabe / No contesta

F.17 Como consecuencia de su discapacidad, ¿ha dispuesto en su centro de estudios de los apoyos suficientes o de las adaptaciones curriculares u otro tipo de recursos orientados a su inclusión educativa?

- Sí, he recibido los apoyos y adaptaciones suficientes
- Sí, he recibido apoyos y adaptaciones, pero no los suficientes
- No, no los he necesitado
- No, los he necesitado y no los he recibido
- No sabe / No contesta

F.18 En relación con los estudios o cursos que está realizando actualmente ¿se ha sentido discriminado/a en su centro académico o de estudios por motivo de su discapacidad? *(No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).*

- Nunca *(Pasar a F.20)*
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pasar a F.20)*

F.19 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en su centro académico o de estudios? *(Puede marcar varias opciones de respuesta)*

- Otros/as compañeros/as, alumnos/as
- Algunos/as profesores/as

- Otro personal del centro académico o de estudios
- Otras personas ajenas al centro académico o de estudios
- No sabe / No contesta

F.20 En los estudios o cursos que está realizando actualmente ¿ha sufrido situaciones de acoso o ciberacoso (bullying) por motivo de su discapacidad? (Compañeros que le han molestado reiteradamente mediante burlas, insultos, empujones, patadas, golpes, rechazos, rumores o amenazas, tanto directamente como a través del móvil, las redes sociales o internet)

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta

Filtro F.21 Si ha contestado 'Algunas veces', 'Muchas veces' o 'Constantemente' a F.18 o F.20, pasar a F.21, en otro caso, pasar a Filtro G.

F.21 ¿Considera que el hecho de haberse sentido discriminado/a o acosado/a le ha influido negativamente en su rendimiento académico?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

Filtro G: Solo para personas de 16 años o más, en otro caso, ir al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social.

G. EMPLEO Y SITUACIÓN LABORAL

G.00 ¿En cuál de las siguientes situaciones se encuentra?

- Trabajando
- No trabajo, pero he trabajado antes
- Nunca he trabajado *(Pase a la pregunta G.25)*
- No sabe / No contesta *(Pase al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*

G.01 ¿Recuerda a qué edad consiguió su primer empleo?

Edad años

No sabe / No contesta

Filtro G.02 Si ha respondido 'No trabajo, pero he trabajado antes' pase a la pregunta G.18, si respondió 'Trabajando' pasar a G.02.

l) Personas que se encuentran actualmente trabajando

G.02 Debido a la aparición o al agravamiento de su discapacidad, ¿ha tenido que cambiar de profesión o de empresa?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

- CEE de iniciativa pública (ayuntamientos, etc.)
- CEE de iniciativa social (asociación, fundación)
- CEE de iniciativa privada
- No sabe / No contesta

G.03 ¿Cuál es la modalidad de su actual empleo?

(Si tiene más de una, señale la principal)

- Trabajador del Sector Público
- Empleado en un Centro Especial de Empleo
- Empleado en Entidad sin ánimo de lucro
- Trabajador por cuenta ajena (sector privado)
- Trabajador por cuenta propia (autónomo) sin asalariados
- Ayuda familiar
- Miembro de cooperativa o similar
- Empresario (o trabajador por cuenta propia) con asalariados
- Otra modalidad de empleo
- No sabe / No contesta

- Entidad vinculada al sector de la discapacidad
- Entidad no vinculada al sector de la discapacidad
- No sabe / No contesta

G.04 ¿Qué tipo de contrato tiene en su actual trabajo?

- Contrato indefinido

- Contrato temporal
- Contrato verbal o sin contrato
- No sabe / No contesta

G.05 ¿Qué tipo de jornada tiene en la actualidad?

- Jornada completa
- Jornada reducida o a tiempo parcial
- Otro tipo de jornada
- No sabe / No contesta

G.06 Debido a la aparición o al agravamiento de su discapacidad, ¿ha tenido que modificar su jornada laboral?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

G.07 ¿Cuál es el tamaño de la empresa u organismo en el que trabaja?

- Menos de 10 personas ocupadas
- De 10 a 49 personas ocupadas
- De 50 a 249 personas ocupadas
- Más de 250 personas ocupadas
- No sabe / No contesta

G.08 Debido a la aparición o al agravamiento de su discapacidad, ¿ha tenido que cambiar de ocupación o puesto de trabajo dentro de su empresa?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

G.09 ¿Cuál es su ocupación o puesto de trabajo en la empresa (u organismo) en la que trabaja?



CLASIFICACIÓN DE OCUPACIONES

G.10 ¿En qué sector incluiría la actividad principal de la empresa (u organismo) en la que trabaja?



CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

G.11 Para conseguir o mantener su actual empleo, ¿se ha beneficiado Vd. o su empresa de alguna de las siguientes medidas? (Pueden señalarse varias opciones)

- Cuota de reserva para personas con discapacidad
- Proceso selectivo de acceso (al empleo público)
- Contrato específico para personas con discapacidad
- Enclaves laborales
- Empleo con apoyo
- Bonificaciones en las cuotas Seguridad Social y otros incentivos a la contratación
- Ayudas o subvenciones al empleo autónomo de personas con discapacidad
(Intereses de préstamos, inversión,...)
- Otras medidas
- No, no me he beneficiado de ninguna medida
- No sabe / No contesta

G.12 ¿Cómo consiguió encontrar su actual empleo? (Pueden señalarse varias opciones)

- A través de amigos, conocidos o familiares
- Contactando directamente con la empresa (currículum, entrevista, proceso selectivo etc.)
- Por oposición, concurso-oposición o similar
- Por medio de agencias de colocación de los servicios públicos de empleo (SEPE)
- Mediante empresas de trabajo temporal
- A través de portales web o aplicaciones de búsqueda de empleo

- Mediante entidades especializadas de inserción laboral de personas con discapacidad
- Por medio de las redes sociales
- Por otros métodos
- No sabe / No contesta

G.13 Debido a su discapacidad, ¿se ha tenido que realizar alguna adaptación en su actual puesto de trabajo? *(Por ejemplo, adaptación en las instalaciones, teléfonos, ordenadores, mobiliario, un profesional de apoyo o preparador laboral, etc.)*

- Sí
- No, no ha sido necesario hacer adaptaciones
- No, no se han realizado pero hubieran sido necesarias
- No sabe / No contesta

G.14 En relación con su actual empleo, ¿se ha sentido discriminado/a alguna vez en su empresa o lugar de trabajo por motivo de su discapacidad? *(No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).*

- Nunca *(Pasar a G.16)*
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pasar a G.16)*

G.15 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en su empresa o lugar de trabajo? *(Puede marcar varias opciones de respuesta)*

- Algunos/as compañeros/as
- Algunos/as jefes/as
- Otro personal de la empresa
- Personas ajenas a la empresa
- No sabe / No contesta

G.16 En su actual empleo, ¿ha sufrido situaciones de acoso laboral (mobbing) por motivo de su discapacidad? *(Agresiones u hostigamientos reiterados por parte de jefes o compañeros que le han supuesto maltrato o humillación)*

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta

Filtro G.17 Si ha contestado ‘Algunas veces’, ‘Muchas veces’ o ‘Constantemente’ en G.14 o G.16, pase a G.17; en otro caso, pase al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social.

G.17 ¿Considera que el hecho de haberse sentido discriminado/a o acosado/a le ha influido negativamente en su rendimiento laboral?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

(Pase al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)

Filtro G.18: Solo para personas que han contestado en G.00 ‘No trabajo, pero he trabajado antes’, pasar a pregunta G.18.

II) Personas que no trabajan (pero han trabajado antes)

G.18 ¿Cuál es el motivo por el que dejó de trabajar? *(En caso de que haya tenido más de un empleo deberá referirse al último de los empleos que haya desempeñado).*

- Debido a la aparición o agravamiento de mi discapacidad *(excepto jubilación anticipada por motivo de discapacidad)*
- Por otras razones de salud
- Jubilación anticipada por motivo de discapacidad *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social))*
- Por jubilación (voluntaria o forzosa) *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*
- Por ser despedido/a o quedar en situación de desempleo al finalizar mi contrato
- Por propia voluntad (motivos personales o familiares)
- Por otras razones
- No sabe / No contesta

G.19 ¿Cuánto tiempo lleva sin trabajar?

- Menos de un año
- Más de uno año pero menos de dos años
- Más de dos años pero menos de cinco años
- Cinco o más años
- No sabe / No contesta

G.20 ¿Cómo consiguió encontrar su último empleo? (Pueden señalarse varias opciones)

- A través de amigos, conocidos o familiares
- Contactando directamente con la empresa (currículum, entrevista, proceso selectivo etc.)
- Por oposición, concurso-oposición o similar
- Por medio de agencias de colocación de los servicios públicos de empleo (SEPE)
- Mediante empresas de trabajo temporal
- A través de portales web o aplicaciones de búsqueda de empleo
- Mediante entidades especializadas de inserción laboral de personas con discapacidad
- Por medio de las redes sociales
- Por otros métodos
- No sabe / No contesta

G.21 ¿Está buscando actualmente empleo?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta G.24)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta G.24)*

G.22 ¿Qué canales está utilizando para buscar empleo? (Pueden señalarse varias opciones)

- Amigos, conocidos o familiares
- Contactando directamente con la empresa (currículum, entrevista, proceso selectivo etc.)
- Por oposición, concurso-oposición o similar
- Agencias de colocación de los servicios públicos de empleo (SEPE)
- Empresas de trabajo temporal

- Portales web o aplicaciones de búsqueda de empleo
- Entidades especializadas de inserción laboral de personas con discapacidad
- Redes sociales
- Otros métodos
- No sabe / No contesta

G.23 ¿Cuál es la razón principal por la que cree que no ha encontrado todavía empleo?

- Debido a mi discapacidad
- Falta de experiencia o cualificación
- Mercado laboral: Encontrar trabajo es difícil para cualquiera
- Ausencia de oferta: No encuentro el tipo de trabajo que busco
- Llevo poco tiempo buscando empleo
- Otras razones
- No sabe / No contesta

G.24 ¿Está recibiendo en la actualidad alguna prestación económica por desempleo?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)

Filtro G.25: Solo para personas que han contestado en G.00 'No he trabajado nunca', pasar a G.25; en otro caso, pasar al apartado H.

III) Personas que no han trabajado nunca

G.25 ¿Cuál es el motivo por el que no ha trabajado nunca?

- Debido a mi discapacidad
- Otras razones de salud
- No me ha merecido la pena *(por reducción o posible incompatibilidad de las prestaciones o servicios que estoy recibiendo)*
- Por estar estudiando

- Otros motivos personales o familiares
- Otras razones
- No sabe / No contesta

G.26 ¿Está buscando actualmente empleo?

- SI
- NO *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al apartado H. Relaciones, tiempo libre y entorno social)*

G.27 ¿Cuál es la razón principal por la que cree que no ha encontrado todavía empleo?

- Debido a mi discapacidad
- Falta de experiencia o cualificación
- Mercado laboral: Encontrar trabajo es difícil para cualquiera
- Ausencia de oferta: No encuentro el tipo de trabajo que busco
- Llevo poco tiempo buscando empleo
- Otras razones
- No sabe / No contesta

G.28 ¿Qué canales está utilizando para buscar empleo? *(Pueden señalarse varias opciones)*

- Amigos, conocidos o familiares
- Contactando directamente con la empresa (currículum, entrevista, proceso selectivo etc.)
- Por oposición, concurso-oposición o similar
- Agencias de colocación de los servicios públicos de empleo (SEPE)
- Empresas de trabajo temporal
- Portales web o aplicaciones de búsqueda de empleo
- Entidades especializadas de inserción laboral de personas con discapacidad
- Redes sociales
- Otros métodos
- No sabe / No contesta

H. RELACIONES, TIEMPO LIBRE Y ENTORNO SOCIAL

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre sus posibles relaciones en su entorno familiar y/o social.

Si la persona con discapacidad vive sola ir a H.01, en otro caso, ir a H.03.

H.01 En los últimos doce meses, ¿se ha visto o reunido con otras personas de su familia?

- SI
- NO *(Pasar a pregunta H.05)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta H.05)*

H.02 ¿Con qué frecuencia se ha visto o reunido con esos familiares? *(Esta pregunta se refiere a aquellos familiares que haya visto con mayor frecuencia)*

- Todos o casi todos los días
 - Una o dos veces por semana
 - Una o dos veces al mes
 - Menos de una vez al mes
 - No sabe / No contesta
- (Pasar a pregunta H.05)*

H.03 En los últimos doce meses, ¿se ha visto o reunido con personas de su familia que no residen en su hogar?

- SI
- NO *(Pasar a pregunta H.05)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta H.05)*

H.04 ¿Con qué frecuencia se ha visto o reunido con esos familiares? *(Esta pregunta se refiere a aquellos que haya visto con mayor frecuencia)*

- Todos o casi todos los días
- Una o dos veces por semana
- Una o dos veces al mes
- Menos de una vez al mes

No sabe / No contesta

H.05 En los últimos doce meses, ¿se ha visto o reunido con amigos, vecinos o conocidos?

SI

NO *(Pasar a pregunta H.07)*

No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta H.07)*

H.06 ¿Con qué frecuencia se ha visto o reunido con esos amigos, vecinos o conocidos? (Esta pregunta se refiere a aquellos amigos, vecinos o conocidos con los que se haya visto o reunido con mayor frecuencia)

Todos o casi todos los días

Una o dos veces por semana

Una o dos veces al mes

Menos de una vez al mes

No sabe / No contesta

H.07 En los últimos doce meses, ¿ha tenido contacto con familiares, amigos, vecinos o conocidos a través del teléfono, mensajes de móvil, correos o redes sociales?

SI

NO *(Pasar a pregunta H.09)*

No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta H.09)*

H.08 ¿Con qué frecuencia ha tenido ese contacto con familiares, amigos, vecinos o conocidos?

(Esta pregunta se refiere a aquellos familiares, amigos, vecinos o conocidos con los que haya tenido contacto con mayor frecuencia)

Todos o casi todos los días

Una o dos veces por semana

Una o dos veces al mes

Menos de una vez al mes

No sabe / No contesta

H.09 ¿Cómo valoraría, en líneas generales, el contacto que mantienen sus familiares con Vd.?
(Refiérase a los familiares con los que tenga una mayor relación)

- Excesivo
- Adecuado
- Insuficiente
- No tengo ningún contacto con mi familia
- No sabe / No contesta

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre sus posibles actividades de ocio.

H.10 Durante su tiempo libre ¿cuáles son las actividades a la que se dedica principalmente?
(Señale un máximo de 3 actividades)

- Ver la televisión (u otras pantallas o dispositivos)
- Navegar por internet
- Uso de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.)
- Escuchar música, radio, etc.
- Ejercicio físico (pasear, deportes, etc.)
- Leer (periódicos, revistas, libros, etc.)
- Videojuegos
- Reunirse con amigos, familiares
- Asistir a eventos culturales y/o deportivos
- Viajar, turismo
- Jugar
- Voluntariado
- Otra actividad
- No realiza ninguna actividad *(Pasar a la pregunta H.11)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta H.12)*

Pasar a la pregunta H.12

H.11 ¿Cuál es la razón principal por la que no realiza ninguna actividad en su tiempo libre?

- A causa de mi discapacidad
- No tiene ninguna afición ni interés
- No tiene apenas tiempo libre

- Otro motivo
- No sabe / No contesta

H.12 ¿Hay actividades que desearía realizar para divertirse o distraerse y que no hace debido a su discapacidad?

- SI
- NO *(Pasar a pregunta H.14)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta H.14)*

H.13 ¿Qué tipo de actividades desearía realizar y no hace debido a su discapacidad? (Señale un máximo de 3 actividades)

- Ver la televisión (u otras pantallas o dispositivos)
- Navegar por internet
- Uso de redes sociales (Facebook, Twitter, Instagram, etc.)
- Escuchar música, radio, etc.
- Ejercicio físico (pasear, deportes, etc.)
- Leer (periódicos, revistas, libros, etc.)
- Videojuegos
- Reunirse con amigos, familiares
- Asistir a eventos culturales y/o deportivos
- Viajar, turismo
- Jugar
- Voluntariado
- Otra actividad
- No sabe / No contesta

H.14 En sus relaciones sociales, tiempo libre, viajes, ¿se ha sentido discriminado/a alguna vez por motivo de su discapacidad? (No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).

- Nunca *(Pase a la pregunta H.16)*
- Algunas veces

- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pase a la pregunta H.16)*

H.15 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en sus relaciones sociales, viajes o tiempo libre? *(Puede marcar varias opciones de respuesta)*

- Vecinos/as, conocidos/as, compañeros/as de viaje, etc.
- Personal que trabaja en empresas de servicios o en establecimientos públicos (bares, hoteles, instalaciones deportivas, etc.)
- Otro tipo de personas
- No sabe / No contesta

H.16 ¿Usted o sus familiares pertenecen o colaboran con alguna asociación u organización no gubernamental relacionada con la discapacidad?

- SI
- NO *(Pase al Filtro H.18)*
- No sabe / No contesta *(Pase al Filtro H.18)*

H.17 ¿Cuál es el grado de satisfacción en relación con la participación en dicha asociación y con el apoyo recibido de la misma?

- Muy satisfecho/a
- Satisfecho/a
- Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a
- Insatisfecho/a
- Muy insatisfecho/a
- No sabe / No contesta

Filtro H.18 Solo para personas de 18 y más años, en otro caso, pasar a apartado I. Accesibilidad y desplazamientos.

H.18 Debido a su discapacidad, ¿se ha encontrado en las últimas elecciones con dificultades a la hora de ejercer su derecho al voto? *(Problemas para desplazarse a los colegios electorales, de accesibilidad a los mismos, para votar por correo, etc.)*

- SI

- NO *(Pase a la pregunta H.20)*
- No sabe / No contesta *(Pase a la pregunta H.20)*

H.19 Esas dificultades con las que se ha encontrado ¿le han impedido votar?

- SI
- NO
- No sabe / No contesta

H.20 A la hora de ejercer sus derechos civiles y políticos, ¿se ha sentido discriminado/a alguna vez por motivo de su discapacidad? *(No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).*

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta

I. ACCESIBILIDAD Y DESPLAZAMIENTOS

Continuemos, ahora, con algunas preguntas relacionadas con la accesibilidad y sus desplazamientos.

ACCESIBILIDAD DE LA VIVIENDA

(Interior de la vivienda, elementos comunes de la edificación y entorno urbano próximo)

I.01 En la actualidad y a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultades para poder desenvolverse con normalidad en su vivienda, en su edificio o en los alrededores y zonas de acceso a los mismos?

- SI
- NO *(Pase a la pregunta I.03)*
- No sabe / No contesta *(Pase a la pregunta I.03)*

I.02 ¿En cuáles de los siguientes lugares encuentra dificultades para desenvolverse con normalidad? (Puede señalar varias opciones)

- Dentro de la propia vivienda (habitaciones, baños, cocina, escuchar el timbre, etc.)
- En otras zonas de mi edificio (portal, escaleras, ascensor, patio, garaje, etc.)
- En los alrededores y zonas de acceso a mi edificio/vivienda
- No sabe / No contesta

I.03 Debido a su discapacidad, ¿se ha llevado a cabo alguna adaptación en su vivienda, edificio o entorno próximo para facilitarle la accesibilidad? (Rampa de acceso, eliminación de barreras, adaptaciones dentro de su hogar, cambios en la señalización, códigos QR o similares con explicaciones de uso de los objetos del entorno, etc.)

- SI →
 - Dentro de la propia vivienda
 - En otras zonas de mi edificio
 - En los alrededores y zonas de acceso a mi edificio/vivienda
- NO
- No sabe / No contesta

I.04 Debido a su discapacidad, ¿ha tenido alguna vez que cambiar de vivienda habitual?

- SI
- NO *(Pasar a pregunta I.06)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a pregunta I.06)*

I.05 ¿Cuál fue la razón principal que motivó el cambio de vivienda? (Si a causa de su discapacidad ha tenido que cambiar de vivienda más de una vez, refiera la contestación al último cambio que haya realizado)

- Para poder recibir mejor atención familiar
- Para evitar las barreras de acceso que tenía en mi anterior domicilio
- Para evitar las barreras que tenía en el interior de mi anterior domicilio
- Para tener mejor disponibilidad de recursos sanitarios o sociales
- Por razones medioambientales (climatológicas, contaminación, etc.)

- Por tener que ingresar (por un periodo superior a 6 meses) en un centro hospitalario, residencia u otro establecimiento colectivo
- Otro tipo de razón
- No sabe / No contesta

ACCESIBILIDAD EN LOS EDIFICIOS PÚBLICOS

(Elementos comunes de la edificación y entorno urbano próximo)

I.06 En la actualidad y a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultades para poder desenvolverse con normalidad en los edificios públicos, zonas de acceso a los mismos y en el entorno urbano próximo?

- SI
- NO *(Pase a la pregunta I.08)*
- No sabe / No contesta *(Pase a la pregunta I.08)*

I.07 ¿En cuáles de los siguientes lugares encuentra dificultades para desenvolverse con normalidad? (Puede señalar varias opciones)

- En el acceso a los edificios (salvar desniveles, dificultad para abrir y cerrar puertas, falta de iluminación, problemas para encontrar el acceso, falta de señalización comprensible, etc.)
- Dentro de los edificios (escaleras, ascensor, señalizaciones, información, etc.)
- En los alrededores (entorno urbano próximo) (falta de información comprensible para llegar)
- No sabe / No contesta

ACCESIBILIDAD EN VÍAS PÚBLICAS, PLAZAS, PARQUES, JARDINES

I.08 En la actualidad y a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultades para poder desenvolverse con normalidad en vías públicas, plazas y jardines?

- SI
- NO *(Pase a la pregunta I.10)*
- No sabe / No contesta *(Pase a la pregunta I.10)*

I.09 ¿En cuáles de los siguientes lugares encuentra dificultades para desenvolverse con normalidad? *(Puede señalar varias opciones)*

- En las vías públicas (aceras y pavimentos en mal estado, malas señalizaciones de obras, pasos de peatones con bordillos, mobiliario urbano, etc.)
- En plazas, parques o jardines (iluminación, señalización, barreras temporales, etc.)
- En los alrededores (entorno urbano próximo)
- No sabe / No contesta

TRANSPORTE

I.10 En la actualidad y a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultades para poder desenvolverse con normalidad en algún medio de transporte?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta I.13)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta I.13)*

I.11 ¿En cuál(es) de los siguientes medios de transporte encuentra dificultades para desenvolverse con normalidad? *(Puede señalar varias opciones)*

- Vehículo particular (coche, moto, etc.) propio o familiar
- Transporte público (autobús, metro, tranvía, tren, taxi, etc.)
- Vehículos especiales de transporte (ambulancias, etc.)
- Otros vehículos de transporte (bicicletas, vehículos de alquiler eléctricos, etc.)
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta I.13)*

I.12 Debido a su discapacidad, ¿tiene alguno de los siguientes problemas que le dificultan el uso del transporte? *(Puede señalar varias opciones)*

- Sí, para acceder a estaciones, andenes, paradas, etc.
- Sí, para subir o bajar del vehículo o acceder al asiento
- Sí, para orientarse en estaciones, comprender señalizaciones, planos, itinerarios, identificar la parada en la que bajarse, etc.
- Otros problemas

- No, no tengo ninguno de esos problemas
- No sabe / No contesta

I.13 ¿Se ha sentido discriminado/a alguna vez en sus desplazamientos o viajes en transporte por motivo de su discapacidad? *(No se le ha permitido hacer algo, se le ha hecho sentirse inferior o ignorado, se le ha molestado o no se le ha dado la información adaptada).*

- Nunca *(Pasar a la pregunta I.15)*
- Algunas veces
- Muchas veces
- Constantemente
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta I.15)*

I.14 ¿Por parte de quién se ha sentido discriminado/a en sus desplazamientos o viajes en transporte? *(Puede marcar varias opciones de respuesta)*

- Personal de la empresa de transporte
- Algún pasajero
- Otras personas
- No sabe / No contesta

ACCESIBILIDAD TECNOLÓGICA

I.15 En la actualidad y a causa de su discapacidad, ¿encuentra dificultades para poder utilizar con normalidad las tecnologías de la información y las comunicaciones (móvil, ordenador, cajeros automáticos, etc.)?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta I.17)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta I.17)*

I.16 ¿En cuáles de los siguientes dispositivos y tecnologías encuentra dificultades, a causa de su discapacidad, para poder utilizarlos con normalidad? *(Puede señalar varias opciones)*

- Teléfono fijo
- Teléfono móvil / Tableta

- Ordenador / Portátil
- Televisión
- Radio
- Cajeros automáticos
- Pantallas interactivas (*de información, de venta de billetes, de compra en establecimientos,...*)
- No sabe / No contesta

I.17 Cree que el uso de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones ¿ha mejorado algunos aspectos o actividades de su vida diaria (ej. acceso a información y servicios, relaciones interpersonales, etc.)?

- Sí, los ha mejorado mucho
- Sí, ha mejorado algo
- No ha mejorado ni ha empeorado
- Ha empeorado mi vida diaria
- No sabe / No contesta

J. CUIDADOS, APOYOS Y ASISTENCIA PERSONAL

A continuación pasamos a un bloque de preguntas orientadas a obtener información relativa a los cuidados personales que reciben las personas con discapacidad.

Si la persona con discapacidad vive sola ir a J.03, si no ir a J.01.

J.01 Debido a su discapacidad, ¿recibe asistencia o cuidados personales de alguna persona de su hogar?

- SI
- NO *(Pasar a la pregunta J.03)*
- No sabe / No contesta *(Pasar a la pregunta J.03)*

J.02 ¿De qué persona o personas de su hogar recibe asistencia o cuidados personales?

(Puede señalar varias opciones)

- De mi pareja (marido, mujer,...)

- De mi padre/madre
- De mis hijos/hijas
- De otros familiares
- De una persona empleada en el hogar
- De otras personas que residen en el hogar
- No sabe / No contesta

J.03 Debido a su discapacidad, ¿recibe asistencia o cuidados personales de alguna persona que no reside en su hogar?

- SI
- NO *(Pasar al Filtro J.05)*
- No sabe / No contesta *(Pasar al Filtro J.05)*

J.04 ¿De qué persona o personas que no residen en su hogar recibe asistencia o cuidados personales? *(Puede señalar varias opciones)*

- De mi pareja (marido, mujer,...)
- De mi padre/madre
- De mis hijos/hijas
- De otros familiares
- De una persona empleada en el hogar
- De un profesional socio-sanitario
- De un asistente personal
- De otras personas que no residen en el hogar
- No sabe / No contesta

Filtro J.05: Pasar a la pregunta J.05, si ha respondido afirmativamente en J.01 o en J.03; en otro caso pasar a J.12.

J.05 ¿Cuántas horas diarias, por término medio, recibe ayuda de otras personas?

Número total de horas diarias que recibe ayuda

Número de horas diarias de miembros del hogar

Número de horas diarias de profesionales

Número de horas diarias de otras personas

No sabe / No contesta

J.06 ¿Considera que la ayuda que recibe de esa/s persona/s satisface sus necesidades?

- Si
- No, es insuficiente
- No sabe / No contesta

J.07 ¿Qué persona es la que le presta apoyos o le cuida principalmente?

- Mi mujer (o pareja)
- Mi marido (o pareja)
- Mi madre
- Mi padre
- Mi hija
- Mi hijo
- Otro familiar
- Persona empleada de hogar
- Personal socio-sanitario
- Asistente personal
- Otra persona distinta de las anteriores
- No sabe / No contesta

J.08 ¿Esta persona (cuidador principal) reside en su hogar?

- SI → (Identifique persona en desplegable tabla composición del hogar)
- NO
- ↓

J.09 Anote los datos identificativos de la persona cuidadora:

Nombre
Primer Apellido
Segundo Apellido
Teléfono de contacto

J.10 Al margen de la persona que ha identificado como su cuidadora principal, ¿recibe Vd. asistencia o cuidados de alguna otra persona en un grado similar a aquélla en cuanto a tiempo y dedicación, de tal forma que podría ser considerada también cuidadora principal?

- SI
 NO *(pasar a Filtro J.12)*
 No sabe / No contesta *(pasar a Filtro J.12)*

J.11 Indique, a continuación, los datos de esas otras personas que se podrían considerar “cuidadoras principales”:

1 Nombre

Sexo Hombre Mujer

Edad (en años)

Nº de horas al día que dedica a atenderle o cuidarle

2 Nombre

Sexo Hombre Mujer

Edad (en años)

Nº de horas al día que dedica a atenderle o cuidarle

Filtro J.12 Solo aparecerá esta pregunta J.12 para aquellas personas que han respondido ‘No’ o ‘No sabe/no contesta’ a las preguntas J.01 y J.03.

J.12 ¿Considera que necesita asistencia o cuidados personales debidos a su/s discapacidades?

- SI
 NO
 No sabe / No contesta

K. Gastos asociados a la discapacidad

Para terminar con este cuestionario y siendo conscientes de la importancia que en su economía familiar pueden tener los gastos asociados a sus dificultades para realizar las actividades de la vida diaria, ahora voy a preguntarle por los gastos que ha tenido en los últimos 12 meses.

K.01 De la siguiente lista de gastos, ¿cuáles ha tenido que realizar en los últimos 12 meses debido a su discapacidad o limitaciones?

- 01. Ayudas técnicas y productos de apoyo
- 02. Adaptaciones (vivienda, vehículos, otros)
- 03. Asistencia personal
- 04. Tratamientos médicos, terapia, rehabilitación
- 05. Medicamentos
- 06. Transporte y desplazamientos (excepto adaptaciones de vehículos)
- 07. Escolarización, formación
- 08. Vivienda (excepto adaptaciones de vivienda)
- 09. Equipamiento y suministros del hogar
- 10. Ropa, útiles personales de uso común
- 11. Defensa de derechos, protección legal
- 11. Protección (previsión) económica
- 13. Trámites, gestión, administración
- 14. Otros gastos
- 99 NS/NC

K.02 De estos gastos que ha señalado, ¿cuál considera que ha sido el principal?

__ (elegir opción de la pregunta anterior)

K.03 Pensando en los gastos por discapacidad que ha indicado ¿Podría decir cuál ha sido aproximadamente este gasto?

De estos gastos debe descontar todo tipo de reducción, exención o deducción de tasas, impuestos. No incluya el dinero que usted adelanta pero que posteriormente le sea reembolsado, en todo o en parte.

_____ euros (indique cantidad)
'blanco' NS/NC

L. IDENTIFICACIÓN (DNI)

L.01 Para finalizar, ¿le importaría facilitarme su DNI, número de la tarjeta de residencia o pasaporte?

L01.1-Tipo de Documento

L01.2-Nº de Documento L01.3-Letra final del NIF o NIE

1. NIF
2. Pasaporte
3. NIE (tarjeta de residente)
9. No sabe/No contesta

|_|_|_|_|_|_|_|_| - |_|

M. OBSERVACIONES

.....
.....

FIN DE CUESTIONARIO INDIVIDUAL DE DISCAPACIDADES