

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

**CUESTIONARIO DE LIMITACIONES
(MENORES DE 6 AÑOS)**

0. IDENTIFICACIÓN DEL INFORMANTE

Le voy a pedir que se identifique como informante de este cuestionario.

1.- Podría indicarme qué relación tiene con el menor:

Padre/madre

Tutor/a

Hermano/hermana

Abuelo/a

Otros familiares

Servicios sociales

Persona empleada en el hogar

Otra relación

No sabe / no contesta

2.- ¿Es usted miembro del hogar?

Sí  *Seleccionar al informante*

No  *Pasar a 3*

3. Nombre del informante: _____

4. Edad del informante: _____

El objetivo del siguiente cuestionario es recabar información más detallada sobre las personas entre 2 y 5 años que manifestaron tener dificultad en alguna de las actividades investigadas en el cuestionario de hogar y por tanto, susceptibles de ser menores con alguna limitación.

1. IDENTIFICACION DEL/ DE LA MENOR CON ALGUNA LIMITACIÓN

Las siguientes preguntas conciernen únicamente a:

Nombre _____ **Apellido1** _____ **Apellido 2** _____

Sexo: _____

Edad: _____ años

Número de orden: _____

A. PREGUNTAS COMUNES REFERIDAS A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS

Ahora voy a pedirle que confirme algunas preguntas sobre las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria que tienen en la actualidad(Nombre del niño), debido a una discapacidad o a un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año.

A1.- ¿A(Nombre del niño) le han diagnosticado alguna deficiencia o enfermedad, cuya duración esperada sea superior a un año, por la que necesite cuidados o atenciones especiales?

Sí NO No sabe / no contesta

A2.- ¿.....(Nombre del niño) debido a alguna alteración en su desarrollo o al riesgo de padecerla, participa actualmente en algún programa de atención temprana (público o privado) o acude a algún servicio de estimulación, logopedia, motricidad, psicoterapia o rehabilitación?

Sí NO No sabe / no contesta

B. PREGUNTAS REFERIDAS A MENORES DE 2 A 5 AÑOS

ESTUDIO DE DISCAPACIDADES Y DEFICIENCIAS DE ORIGEN

Ahora voy hacerle algunas preguntas sobre las posibles dificultades que pueda tener (Nombre del niño) para realizar las actividades de la vida diaria y que sean debidas a una discapacidad o a un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año

Visión

B3.- ¿.....(Nombre del niño) es ciego/a o tiene una dificultad importante para ver?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas, conteste NO.

SÍ → Pasar a B4

NO → Pasar a B6

No sabe/ No contesta → Pasar a B6

B4.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de visión?

Deficiencia mental

Deficiencia visual

Deficiencia del oído

Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz

Deficiencia Osteoarticular →

Deficiencia del Sistema Nervioso

Deficiencia Visceral

Otra Deficiencia

No sabe / no contesta

De las Extremidades Superiores

De las Extremidades inferiores

Otras deficiencias osteoarticulares

B5.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

Un problema congénito

Un problema en el parto

- Un accidente
- Una enfermedad
- Otra causa
- No sabe / no contesta

Audición

B6.- ¿.....(Nombre del niño) es sordo/a o tiene una dificultad importante para oír sonidos como la voz de otras personas o la música, sin la ayuda de audífono u otro producto de apoyo/otra ayuda técnica?

- Sí → *Pasar a B7*
- NO → *Pasar a B9*
- No sabe/ No contesta → *Pasar a B9*

B7.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de audición?

- Deficiencia mental
- Deficiencia visual
- Deficiencia del oído
- Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz
- Deficiencia Osteoarticular →
- Deficiencia del Sistema Nervioso
- Deficiencia Visceral
- Otra Deficiencia
- No sabe / no contesta

- De las Extremidades Superiores
- De las Extremidades inferiores
- Otras deficiencias osteoarticulares

B8.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

- Un problema congénito
- Un problema en el parto

- Un accidente
- Una enfermedad
- Otra causa
- No sabe / no contesta

Movilidad

B9.- ¿..... (Nombre del niño), en comparación con otros niños/as de su misma edad tiene una dificultad importante para mantenerse sentado o de pie o bien para caminar sin que nadie le asista o sin ayudas técnicas como muletas o prótesis para las piernas?

- Sí NO No sabe/no contesta

B10.- ¿.....(Nombre del niño), en comparación con otros niños/as de su misma edad tiene una dificultad importante para coger o utilizar objetos pequeños con las manos, sin ayudas técnicas como por ejemplo agarres especiales o manoplas?

- Sí NO No sabe/no contesta

En caso de que la respuesta sea 'Sí' en B9 ó B10, pasar a B11; en otro caso, B13.

B11.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de movilidad?

Deficiencia mental

Deficiencia visual

Deficiencia del oído

Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz

Deficiencia Osteoarticular →

Deficiencia del Sistema Nervioso

Deficiencia Visceral

Otra Deficiencia

No sabe / no contesta

- | |
|-------------------------------------|
| De las Extremidades Superiores |
| De las Extremidades inferiores |
| Otras deficiencias osteoarticulares |

B12.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

Un problema congénito

Un problema en el parto

Un accidente

Una enfermedad

Otra causa

No sabe / no contesta

Comunicación

B13.- ¿.....(Nombre del niño), en comparación con otros niños/as de su misma edad tiene actualmente una dificultad importante para comunicarse, hacerse entender o para comprender lo que otras personas le dicen?

Sí → *Pasar a B14*

NO → *Pasar a B16*

No sabe/ No contesta → *Pasar a B16*

B14.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de comunicación?

Deficiencia mental

Deficiencia visual

Deficiencia del oído

Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz

Deficiencia Osteoarticular →

Deficiencia del Sistema Nervioso

Deficiencia Visceral

Otra Deficiencia

No sabe / no contesta

De las Extremidades Superiores

De las Extremidades inferiores

Otras deficiencias osteoarticulares

B15.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

- Un problema congénito
- Un problema en el parto
- Un accidente
- Una enfermedad
- Otra causa
- No sabe / no contesta

Aprendizaje

B16.- ¿.....(Nombre del niño), en comparación con otros niños/as de su misma edad tiene actualmente una dificultad importante para aprender cosas, nombrar objetos cotidianos o comprender instrucciones sencillas?

- Sí → *Pasar a B17*
- NO → *Pasar a B19*
- No sabe/ No contesta → *Pasar a B19*

B17.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de aprendizaje?

- Deficiencia mental
- Deficiencia visual
- Deficiencia del oído
- Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz
- Deficiencia Osteoarticular →
- Deficiencia del Sistema Nervioso
- Deficiencia Visceral
- Otra Deficiencia
- No sabe / no contesta

- | |
|-------------------------------------|
| De las Extremidades Superiores |
| De las Extremidades inferiores |
| Otras deficiencias osteoarticulares |

B18.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

- Un problema congénito
- Un problema en el parto
- Un accidente
- Una enfermedad
- Otra causa
- No sabe / no contesta

Relaciones personales

B19.- ¿..... (Nombre del niño), en comparación con otros niños/as de su misma edad, tiene una dificultad importante para manifestar emociones o para relacionarse y jugar con otros niños?

- Sí → *Pasar a B20*
- NO → *FIN*
- No sabe/ No contesta → *FIN*

B20.- ¿Cuál es la deficiencia de origen de su discapacidad o dificultad de relaciones personales?

- Deficiencia mental
- Deficiencia visual
- Deficiencia del oído
- Deficiencia del Lenguaje, Habla y Voz
- Deficiencia Osteoarticular →
- Deficiencia del Sistema Nervioso
- Deficiencia Visceral

- | |
|-------------------------------------|
| De las Extremidades Superiores |
| De las Extremidades inferiores |
| Otras deficiencias osteoarticulares |

Otra Deficiencia

No sabe / no contesta

B21.- ¿Cuál es la causa o problema que originó la deficiencia?

Un problema congénito

Un problema en el parto

Un accidente

Una enfermedad

Otra causa

No sabe / no contesta

C. INFORMACIÓN RELATIVA A LOS CUIDADOS PERSONALES QUE RECIBEN LOS/LAS MENORES CON ALGUNA LIMITACIÓN

A continuación, pasamos a un bloque de preguntas orientadas a obtener información relativa a los cuidados personales que recibe el menor debido a sus limitaciones

C.22 ¿Recibe el menor asistencia o cuidados personales debido a su/s limitaciones de alguna persona de su hogar?

Sí → *Ir a C.23*

NO → *Ir a C.24*

No sabe/ No contesta → *Ir a C.24*

C.23 ¿De qué persona o personas de su hogar recibe el menor asistencia o cuidados personales?

(Podrán señalarse varias opciones)

De su padre/madre/tutor(a)

De sus hermanos

De sus abuelos

- De otros familiares
- De una persona empleada en el hogar
- De otras personas que residen en el hogar
- No sabe / No contesta

C.24 ¿Recibe el menor asistencia o cuidados personales debido a su/s limitaciones de alguna persona que no resida en su hogar?

- Sí → *Ir a C.25*
- NO → *Ir a Filtro C.26*
- No sabe/ No contesta → *Ir a Filtro C.26*

C.25 ¿De qué persona o personas que no residen en su hogar recibe asistencia o cuidados personales?

(Podrán señalarse varias opciones)

- De su padre/madre/tutor(a)
- De sus hermanos
- De sus abuelos
- 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

Cuando el menor no recibe asistencia ni cuidados personales pasar a C.30; en otro caso pasar a C.26.

C.26 ¿Cuántas horas diarias, por término medio, recibe ayuda de estas personas?

(Considere tanto las residentes como las no residentes en el hogar)

Número total de horas diarias que recibe ayuda

C.27 ¿Considera que los cuidados que recibe por motivo de su/s limitación/es cubren sus necesidades?

Sí No, es insuficiente No sabe/No contesta

C.28 Ahora vamos a pedirle que señale a la persona que le presta cuidados principalmente:

- Su madre/tutora
- Su padre/tutor
- Su hermano/a
- Su abuelo/a
- Otro familiar
- Una persona empleada en el hogar
- Un profesional socio-sanitario
- Un asistente personal
- Otra persona distinta a las anteriores
- No sabe / No contesta

C.29 La persona que le presta cuidados principalmente, ¿reside en su hogar?

- Sí → *Ir a C.29a*
- NO → *Ir a Filtro C.29b*

C.29a Seleccione a la persona dentro de la lista de personas del hogar

C.29b Anote los datos identificativos de la persona cuidadora principal:

Nombre

Edad

C.30 ¿Considera que necesitaría asistencia o cuidados personales debido a sus limitaciones?

Sí → *Ir a C.31*

NO → *Ir a D.OBS*

No sabe/ No contesta → *Ir a D.OBS*

C.31 ¿Quién considera que debería prestarle esos cuidados especiales?

Profesional socio sanitario

Otra persona (familiar, personal no socio sanitario,...)

Ambos

No sabe/No contesta

D. OBSERVACIONES AL CUESTIONARIO

FIN DEL CUESTIONARIO DE LIMITACIONES