

**Cuestionario de Cuidadores/as  
principales**

**A. Identificación**

**1. Datos de identificación de la sección**

Provincia

Nº de orden de la sección     -

Municipio

Distrito/sección   -

Bisemana



ETIQUETA DIGITALIZACIÓN

**2. Identificación de la vivienda, hogar y persona de 6 años o más con alguna discapacidad, o menor de 6 años (0 a 5 años) con alguna limitación, que recibe los cuidados**

Nº de orden de la vivienda

Nº de hogar dentro de la vivienda

Nombre de la persona que recibe los cuidados .....

Número de orden de la persona que recibe los cuidados

Edad

**3. Identificación del/de la cuidador/a principal**

**3.1. El/la informante de este cuestionario ¿es el cuidador/a principal de la persona con alguna discapacidad (6 años o más), o del/de la menor con alguna limitación (0 a 5 años), identificado en la pregunta 2?**

SÍ  1 → P. 3.2

NO  6 → P. 3.3

**3.2. Tipo de entrevista:**

Personal  1

Telefónica  6

→ P. 3.4

**3.3. Motivo de la información proxy:**

Ausencia prolongada  1

Cuidador/a sólo de noche  2

Desconocimiento del idioma  3

**3.4. Teléfono/s de contacto**

Teléfono fijo/móvil

Teléfono fijo/móvil

**3.5. Entrevistador/a:** Consulte en el cuestionario de la persona que recibe los cuidados, la respuesta dada en el Cuestionario de Discapacidades, Apartado L, pregunta 7 o en el Cuestionario de Limitaciones, Apartado E, pregunta 10 y anote la opción que proceda

- 1. El cuidador/a principal es una **persona que reside en el hogar, no empleada en el hogar** → N.º de orden   → Bloque 3
- 2. El cuidador/a principal es una **persona que reside en el hogar, empleada en el hogar** → N.º de orden   → Bloque 2
- 3. El cuidador/a principal es una **persona que no reside en el hogar, no empleada en el hogar** → Código  **9**   → Bloque 1
- 4. El cuidador/a principal es una **persona que no reside en el hogar, empleada en el hogar** → Código  **9**   → Bloque 1

**4. Hora de inicio de la entrevista**

Hora

Minutos

**Legislación. Secreto Estadístico**

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



## B. Información relativa a los/as cuidadores/as principales

### Bloque 1. Personas cuidadoras principales que no residen en el hogar

#### Entrevistador/a:

\* Si ya ha cumplimentado en este hogar un cuestionario de cuidadores/as principales referido al/a la **mismo/a cuidador/a**, transcriba la información ya recogida en el primer cuestionario y pase a cumplimentar el Bloque 3

#### 1. Sexo

Varón  1

Mujer  6

#### 2. ¿Cuál es su edad?

Edad

#### 3. ¿Cuál es su estado civil legal?

Soltero/a  1    Casado/a  2    Viudo/a  3    Separado/a  4    Divorciado/a  5

#### 4. ¿Convive actualmente en pareja?

Sí  1

NO  6

#### 5. ¿Cuál es el mayor nivel de estudios que ha terminado?

No sabe leer ni escribir  2    Estudios de Bachillerato  6

Estudios primarios incompletos  3    Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes  7

Estudios primarios o equivalentes  4    Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes  8

Enseñanza secundaria de 1ª etapa  5    Estudios universitarios o equivalentes  9

Especificar .....

#### 6. ¿Cuál es su nacionalidad?

Española  1 → Pase a la nota del entrevistador/a después de la pregunta 7

Extranjera  2

Española y otra  3

#### 7. ¿De qué país es su nacionalidad?

Un país de la Unión Europea excepto Rumanía y Bulgaria (UE-25)  1    Colombia  6

Rumanía o Bulgaria  2    Otro país de América  7

Otro país de Europa  3    Un país de Asia  8

Canadá o EEUU  4    Marruecos  9

Ecuador  5    Otro país de África  10

Un país de Oceanía  11



**Entrevistador/a:** Consulte en la portada de este cuestionario, la respuesta anotada en la pregunta 3.5

\* Si está cumplimentada la opción 3 (el/la cuidador/a principal es una persona que no reside en el hogar y no está empleada en el hogar), continúe con el Bloque 1.1

\* Si está cumplimentada la opción 4 (el/la cuidador/a principal es una persona que no reside en el hogar y está empleada en el hogar), pase al Bloque 2

### Bloque 1.1. Sólo para personas cuidadoras principales que no residen en el hogar y que no están empleadas en el hogar

#### 8. En relación con la actividad económica, ¿en qué situación de las siguientes se encontraba la semana pasada?

Si se encontraba en varias situaciones, indique solamente la principal

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

#### 9. ¿Cuál era la situación profesional en la ocupación que desempeñaba la semana pasada?

- |   |                            |            |
|---|----------------------------|------------|
| Empresario/a o trabajador/a autónomo/a con asalariados/as | <input type="checkbox"/> 1 |            |
| Empresario/a o trabajador/a autónomo/a sin asalariados/as | <input type="checkbox"/> 2 |            |
| Ayuda familiar  | <input type="checkbox"/> 3 |            |
| Asalariado/a  | <input type="checkbox"/> 4 | → Bloque 3 |
| Miembro de una cooperativa                                | <input type="checkbox"/> 5 |            |
| Otra situación  | <input type="checkbox"/> 6 |            |

## Bloque 2. Personas cuidadoras principales que están empleadas en el hogar

**Entrevistador/a:**

\* Las preguntas de este apartado deben ser contestadas por el **cuidador/a principal** de la persona con alguna discapacidad (6 años o más) o del/de la menor con alguna limitación (0 a 5 años), que figura en la portada del cuestionario

\* Si ya ha cumplimentado en este hogar un cuestionario de cuidadores/as principales referido al/a la **mismo/a cuidador/a**, transcriba la información ya recogida en el primer cuestionario y pase a cumplimentar el Bloque 3

#### 10. ¿Podría indicarme cuál era el sector de su anterior empleo?

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| Sector socio-sanitario   | <input type="checkbox"/> 1 |
| Otro sector              | <input type="checkbox"/> 2 |
| Éste es mi primer empleo | <input type="checkbox"/> 3 |

#### 11. Si en el futuro cambiara de empleo, ¿seguiría en este tipo de trabajo (prestar cuidados) o se dedicaría a otro?

- |                                     |                            |
|-------------------------------------|----------------------------|
| Seguiría en este tipo de trabajo    | <input type="checkbox"/> 1 |
| Se dedicaría a otro tipo de trabajo | <input type="checkbox"/> 6 |



### Bloque 3. Todas las personas cuidadoras principales

12. ¿Cuántos días a la semana y cuántas horas al día dedica por término medio a prestar estos cuidados a esta persona?

- Menos de 1 día  1
- 1 día  2
- De 2-3 días  3
- De 4-5 días  4
- De 6-7 días  5
- Nº de horas/día

13 ¿Cuánto tiempo lleva prestando estos cuidados a ..... ?

- Menos de 1 año  1
- De 1 a menos de 2 años  2
- De 2 a menos de 4 años  3
- De 4 a menos de 8 años  4
- 8 años o más  5

**Entrevistador/a:** Si quien recibe los cuidados es:

Una persona de 6 años o más con alguna/s discapacidad/es → P 14

Un/a menor de 0 a 5 años con alguna/s limitación/es → recuadro que figura antes de la pregunta 16

14. ¿Podría indicarme de la siguiente lista a qué tareas se dedica principalmente cuando ayuda o presta cuidados a esta persona?

**Entrevistador/a:** Muestre la Tarjetea TCP1 al/a la entrevistado/a e indíquele que seleccione como máximo 5 tareas

- |  |                             |   |                             |
|--|-----------------------------|---|-----------------------------|
| Comer                                      | <input type="checkbox"/> 1  | Preparar comidas                          | <input type="checkbox"/> 12 |
| Vestirse/desvestirse                       | <input type="checkbox"/> 2  | Hacer otras tareas domésticas             | <input type="checkbox"/> 13 |
| Asearse/arreglarse                         | <input type="checkbox"/> 3  | Tomar medicación (control)                | <input type="checkbox"/> 14 |
| Andar o desplazarse por la casa            | <input type="checkbox"/> 4  | Utilizar el teléfono                      | <input type="checkbox"/> 15 |
| Subir o bajar escaleras                    | <input type="checkbox"/> 5  | Salir a la calle/desplazarse por la calle | <input type="checkbox"/> 16 |
| Cambiar pañales por incontinencia de orina | <input type="checkbox"/> 6  | Utilizar el transporte público            | <input type="checkbox"/> 17 |
| Cambiar pañales por incontinencia fecal    | <input type="checkbox"/> 7  | Administrar el dinero                     | <input type="checkbox"/> 18 |
| Acostarse/levantarse de la cama            | <input type="checkbox"/> 8  | Hacer gestiones                           | <input type="checkbox"/> 19 |
| Bañarse/ducharse                           | <input type="checkbox"/> 9  | Ir al médico                              | <input type="checkbox"/> 20 |
| Utilizar el servicio/baño a tiempo         | <input type="checkbox"/> 10 | Abrocharse los zapatos                    | <input type="checkbox"/> 21 |
| Hacer compras                              | <input type="checkbox"/> 11 |   |                             |



**15. Ante alguna de las tareas derivadas del cuidado de esa persona, por favor indique si:**

**Entrevistador/a:** Muestre la Tarjeta TCP2 al/a la entrevistado/a y marque todas las respuestas que mencione

- |   |                            |  |                            |
|---|----------------------------|--|----------------------------|
| Percibe especial dificultad por faltarle fuerza física                                      | <input type="checkbox"/> 1 | Cree que para llevar a cabo los cuidados que usted realiza necesitaría más formación especializada de la que tiene | <input type="checkbox"/> 5 |
| Tiene dudas sobre cómo sería la mejor manera de hacerlo                                     | <input type="checkbox"/> 2 | No tiene ninguna dificultad  | <input type="checkbox"/> 6 |
| Piensa que la persona a la que cuida no colabora o se resiste cuando le ayuda con esa labor | <input type="checkbox"/> 3 | No contesta  | <input type="checkbox"/> 7 |
| Tiene otras dificultades  | <input type="checkbox"/> 4 |  |                            |

**Entrevistador/a,** lea al/ a la informante lo siguiente: **El hecho de tener que responsabilizarse del cuidado de una persona con discapacidades, puede tener cierta incidencia en el desarrollo de la vida normal de una persona. En estas tarjetas hay una serie de consecuencias que pueden tener este tipo de situaciones. Me gustaría que nos indicara aquéllas que a Vd. le ocurren por tener que ayudar a la persona que cuida**

**16. Respecto a aspectos relativos a su salud o estado general, por favor indique si:**

**Entrevistador/a:** Muestre la Tarjeta TCP3 al/a la entrevistado/a y marque todas las respuestas que mencione

- |   |                            |   |                            |
|---|----------------------------|---|----------------------------|
| Se ha deteriorado su salud  | <input type="checkbox"/> 1 | Se siente deprimido/a                   | <input type="checkbox"/> 4 |
| Ha tenido que ponerse en tratamiento para poder llevar la situación (tratamiento antidepresivos, de ansiedad/angustia, nervios, ....) | <input type="checkbox"/> 2 | Otros problemas, pero no los anteriores | <input type="checkbox"/> 5 |
| Se encuentra cansado/a  | <input type="checkbox"/> 3 | No tiene ningún problema                | <input type="checkbox"/> 6 |
|   |                            | No contesta                             | <input type="checkbox"/> 7 |

**Entrevistador/a:** Consulte en la portada de este cuestionario, la respuesta anotada en la pregunta 3.5

Si está cumplimentada la opción 1, continúe con la pregunta 17. En caso contrario pase al Apartado C

**Bloque 3.1. Sólo para personas cuidadoras principales que residen en el hogar y no están empleadas en el hogar**

**17. Respecto a aspectos profesionales o económicos, por favor indique si:**

**Entrevistador/a:** Muestre la Tarjetea TCP4 al/a la entrevistado/a y marque todas las respuestas que mencione

- |  |                            |   |                            |
|--|----------------------------|---|----------------------------|
| No puede plantearse trabajar fuera de casa           | <input type="checkbox"/> 1 | Tiene problemas para cumplir sus horarios | <input type="checkbox"/> 5 |
| Ha tenido que dejar de trabajar                      | <input type="checkbox"/> 2 | Tiene problemas económicos                | <input type="checkbox"/> 6 |
| Ha tenido que reducir su jornada de trabajo          | <input type="checkbox"/> 3 | No tiene ningún problema                  | <input type="checkbox"/> 7 |
| Su vida profesional se ha resentido (promoción, ...) | <input type="checkbox"/> 4 | No contesta                               | <input type="checkbox"/> 8 |

**18. Respecto a aspectos de ocio, tiempo libre o vida familiar, por favor indique si:**

**Entrevistador/a:** Muestre la Tarjeta TCP5 al/a la entrevistado/a y marque todas las respuestas que mencione

- |   |                            |   |                             |
|---|----------------------------|---|-----------------------------|
| Ha tenido que reducir su tiempo de ocio   | <input type="checkbox"/> 1 | No tiene tiempo para cuidar de sí mismo/a | <input type="checkbox"/> 6  |
| No puede ir de vacaciones   | <input type="checkbox"/> 2 | No ha podido formar una familia           | <input type="checkbox"/> 7  |
| No dispone de tiempo para cuidar de otras personas como le gustaría (por ej. los hijos) | <input type="checkbox"/> 3 | No ha podido tener hijos                  | <input type="checkbox"/> 8  |
| Tiene conflictos con su pareja  | <input type="checkbox"/> 4 | No tiene ningún problema                  | <input type="checkbox"/> 9  |
| No tiene tiempo para frecuentar a sus amistades   | <input type="checkbox"/> 5 | No contesta                               | <input type="checkbox"/> 10 |

**MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**







