

Identificación

1. Datos de identificación del centro

Nombre del Centro _____ NIF _____

Domicilio _____

Código Postal _____ Municipio _____ Código de Municipio _____

Provincia _____ Cod. Prov. _____ Teléfono _____ Fax _____ E-mail _____

2. Identificación del/de la informante

2.1 La persona seleccionada es:

Titular → Número _____

Reserva → Número _____

Nº de selección de personas _____

2.2 ¿El/la informante es la persona seleccionada?

SÍ → P. 4

NO

2.3 Nombre del/de la informante

2.4 Edad

2.5 Relación del/de la informante con la persona seleccionada:

Cónyuge o pareja <input type="checkbox"/> 1	Personal del centro <input type="checkbox"/> 5
Hijo/a <input type="checkbox"/> 2	Servicios sociales <input type="checkbox"/> 6
Padre/Madre <input type="checkbox"/> 3	Voluntarios/as <input type="checkbox"/> 7
Otros familiares <input type="checkbox"/> 4	Otra relación <input type="checkbox"/> 8

3. Motivo de la información proxy

1. Discapacidad o enfermedad grave que le impide contestar _____ <input type="checkbox"/> 1	3. Desconocimiento del idioma _____ <input type="checkbox"/> 3
2. Menor de 18 años _____ <input type="checkbox"/> 2	4. Ausencia prolongada _____ <input type="checkbox"/> 4

4. Teléfono/s de contacto

Teléfono fijo/móvil

Teléfono fijo/móvil

5. Hora de inicio de la entrevista

Hora Minutos

Naturaleza, características y finalidad

La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia es una investigación a nivel estatal, diseñada con la finalidad de obtener datos sobre las características y situación de las personas con discapacidad que residen en centros.

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 obligación de preservar el secreto estadístico (Art. 17.1 de la LFEP).

Obligación de facilitar los datos. Este cuestionario tiene el carácter de voluntario.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (Art. 10.1 de la LFEP). Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (Art. 10.2 de la LFEP).

B. Datos Personales

Entrevistador/a: Para iniciar la entrevista, voy a preguntarle por algunos datos personales

1. Sexo

Varón _____ 1
Mujer _____ 6

2. ¿Cuál es su edad?

Edad _____

3. ¿Cuál es su país de nacimiento?

España _____ 1
Otro país _____ 6 Anote código (1)

4. ¿Cuál es su nacionalidad?

Española _____ 1 → P6
Extranjera _____ 2
Española y otra _____ 3

5. ¿De qué país es su nacionalidad?

Anote código (1)

(1) Códigos de país de nacimiento y nacionalidad extranjera

- | | |
|--|--------------------------------|
| 1. Un país de la Unión Europea excepto España, Rumanía y Bulgaria (UE-25) | 6. Colombia |
| 2. Rumanía o Bulgaria | 7. Otro país de América |
| 3. Otro país de Europa | 8. Un país de Asia |
| 4. Canadá o EEUU | 9. Marruecos |
| 5. Ecuador | 10. Otro país de África |
| | 11. Un país de Oceanía |

6. ¿Cuál es su estado civil legal?

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

7. ¿Convive actualmente en pareja?

Sí _____ 1
No _____ 6

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

- No procede, es menor de 10 años _____ 1
- No sabe leer ni escribir _____ 2
- Estudios primarios incompletos _____ 3
- Estudios primarios o equivalentes _____ 4
- Educación secundaria de 1ª etapa _____ 5
- Estudios de Bachillerato _____ 6
- Enseñanzas profesionales de grado medio o equivalentes _____ 7
- Enseñanzas profesionales de grado superior o equivalentes _____ 8
- Estudios universitarios o equivalentes _____ 9

En caso de duda escriba el nivel de estudios que ha terminado y posteriormente marque la opción más adecuada

.....

9. ¿Cómo es su salud en general?

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

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

- Sí _____ 1
- No _____ 6

11. Por motivo de alguna discapacidad, problema de salud o enfermedad, ¿dispone del certificado de minusvalía con grado igual o superior al 33%?

- Sí _____ 1
- No _____ 6

12. Entrevistador/a: ¿Tiene la persona 16 años o más?

- Sí _____ 1
- No _____ 6 → Apartado C

13. 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 _____ 1 → P 15
- En desempleo _____ 2
- Percibiendo una pensión (jubilación, incapacidad permanente, no contributiva) _____ 3
- Incapacitado/a para trabajar _____ 4
- Estudiando _____ 5
- Realizando sin remuneración trabajos sociales o actividades benéficas _____ 6
- Otra situación _____ 7

14. ¿Ha trabajado alguna vez como asalariado/a, o por cuenta propia, ...?

Sí _____ 1
No _____ 6 → Apartado C

15. ¿Cuál es/era la situación profesional en la ocupación que desempeña o desempeñó en su último empleo?

Empresario/a o trabajador/a autónomo/a con asalariados/as _____ 1
Empresario/a o trabajador/a autónomo/a sin asalariados/as _____ 2
Ayuda familiar _____ 3
Asalariado/a _____ 4
Miembro de una cooperativa _____ 5
Otra situación _____ 6

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entrevistador/a: A continuación formule al/a la informante las preguntas de esta tabla, leyéndoselas una por una.

Entrevistador/a: Si es evidente que la persona seleccionada es ciega marque SI en la pregunta 1.0 y continúe con los flujos, en cualquier otro caso realice la pregunta 1.0

Columna 1 Discapacidades

1

BLOQUE A: VISIÓN

1.0 ¿Tiene alguna dificultad importante para ver, que no pueda ser superada con gafas o lentillas? Sí 1

NO 6 → Pase a BLOQUE B: AUDICIÓN

Entrevistador/a: La pregunta 1.1 es de respuesta espontánea. No se debe leer las opciones de respuesta.

1.1 ¿Qué problema de visión tiene?

Ceguera o sólo distingue luz y oscuridad 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 1 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
Otros 6 → Pase a la pregunta 2.1

1.2 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su ceguera o problema de visión?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique.

Deficiencia:

Columna 1

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

Edad

1.4 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Finalice aquí el bloque A y pase a BLOQUE B: AUDICIÓN

1.5 ¿Desde qué edad?

Edad → Finalice aquí el bloque A y pase a BLOQUE B: AUDICIÓN

2

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 2 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a la pregunta 3.1

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

2.3.a ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para ver la letra de un periódico? Por ejemplo una lupa con iluminación,....

SÍ 1

NO 6 → P. 2.4

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

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia

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

Edad

2.6 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Pase a 3.1

2.7 ¿Desde qué edad?

Edad

Columna 1

Discapacidades

3

3.1 ¿Tiene dificultad importante para ver la cara de alguien a 4 metros aunque lleve gafas o lentillas? Conteste Sí si es ciego/a de un ojo aunque no tenga problemas en el otro

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 3 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 4.1

3.2 ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la cara de alguien a 4 metros? Si utiliza gafas o lentillas, valore el nivel de dificultad cuando está utilizándolas

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

3.3.a ¿Utiliza algún tipo de ayuda técnica, excluyendo gafas o lentillas, para ver la cara de alguien a 4 metros? Por ejemplo lentes especiales de aumento,...

SÍ 1

NO 6 → P. 3.4

3.3.b ¿Con qué nivel de dificultad puede ver la cara de alguien a 4 metros cuando utiliza ayudas técnicas?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

Entrevistador/a: Compruebe si ya ha realizado la pregunta 2.6, y si es así pase a la pregunta 4.1. En caso contrario, continúe con la pregunta 3.6.

3.6 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Pase a 4.1

3.7 ¿Desde qué edad?

Edad

4

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 4 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 5.0

Discapacidades

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

Dificultad moderada 2

Dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

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

SÍ 1

NO 6 → P. 4.4

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

Sin dificultad o poca dificultad 1 Dificultad severa 3

Dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

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

4.6 ¿Utiliza el sistema Braille?

SÍ 1

NO 6 → Pase a 5.0

4.7 ¿Desde qué edad?

Edad

BLOQUE B: AUDICIÓN

5

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

5.0 ¿Tiene alguna dificultad importante para oír?

SÍ 1 → Pase a 5.1

NO 6 → Pase a BLOQUE C: COMUNICACIÓN

5.1 ¿Es sordo/a total?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 5 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 6.1

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

5.3 ¿Qué edad tenía cuando dejó de oír?

Edad

Discapacidades

5.4 ¿Utiliza la lengua de signos?

SÍ 1

NO 6 → Finalice aquí el bloque B y pase a la pregunta 8.1

5.5 ¿Desde qué edad?

Edad → Finalice aquí el bloque B y pase a la pregunta 8.1

6

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 6 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 7.1

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede oír sonidos fuertes 4

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

SÍ 1

NO 6 → P. 6.4

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

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede oír sonidos fuertes 4

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

6.6 ¿Utiliza la lengua de signos?

SÍ 1

NO 6 → Pase a 7.1

6.7 ¿Desde qué edad?

Edad

Columna 1

7

Discapacidades

7.1 ¿Tiene una dificultad importante para oír lo que se dice en una conversación con varias personas sin audífono u otro tipo de ayuda técnica externa para oír? Conteste Sí, si es sordo/a de un oído aunque no tenga problemas en el otro

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 7 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase 8.1

7.2 ¿ Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una conversación con varias personas?

- Con dificultad moderada 2
Con dificultad severa 3
No puede oír una conversación 4

7.3.a ¿Utiliza audífono u otro tipo de ayuda técnica para oír una conversación?

- SÍ 1
NO 6 → P. 7.4

7.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede oír una conversación con varias personas cuando utiliza el audífono u otra ayuda técnica?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
Con dificultad moderada 2 No puede oír una conversación 4

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

BLOQUE C: COMUNICACIÓN

8

Entrevistador/a, lea al/a la informante: A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre dificultades de comunicación. Recuerde que voy a preguntarle sólo por dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año

Cuando hagamos referencia a problemas mentales nos referiremos a problemas de naturaleza cognitiva o intelectual.

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

8.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿considera que tiene una dificultad importante para hablar de manera comprensible o decir frases con sentido sin ayudas técnicas externas?

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 8 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 9.1

Discapacidades

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

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

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

- SÍ 1
- NO 6 → P. 8.4

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

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

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

9

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 9 de la columna y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 10.1

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

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

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

- SÍ 1
- NO 6 → P. 9.4

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

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

Discapacidades

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

Deficiencia:

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

Edad

10

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

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 10 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 11.1

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

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

Deficiencia:

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

Edad

11

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 11 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 12.1

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

Columna 1

Discapacidades

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

Deficiencia:

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

Edad

12

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 12 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 13.1

12.2 ¿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 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar la actividad 4

12.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

12.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mantener una conversación a través del lenguaje hablado, escrito u otro tipo de lenguaje?

Edad

13

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 13 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 14.1

13.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar el teléfono?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede utilizar el teléfono 4

Discapacidades

13.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para utilizar el teléfono?

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

13.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede utilizar el teléfono ?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad severa 3
- Con dificultad moderada 2
- No puede utilizar el teléfono 4

13.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para utilizar el teléfono ?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

13.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para utilizar el teléfono?

Edad

14

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

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **A continuación le voy a preguntar sobre dificultades para el aprendizaje y aplicación del conocimiento y desarrollo de tareas.**

Las siguientes preguntas se refieren a limitaciones debidas a problemas mentales, considerando como tales los que son de naturaleza cognitiva o intelectual.

Recuerde que nos referimos a dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año.

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

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 14 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 15.0

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

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

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

Deficiencia:

14.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para prestar atención con la mirada o mantener la atención con el oído?

Edad

15

Entrevistador/a:

15.0 ¿La persona seleccionada es mayor de 65 años?

SÍ 1 → Pase a 15.1.a

NO 6 → Pase a 15.1.b

15.1.a Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para aprender hacer cosas sencillas como aprender juegos nuevos?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 15 de la columna 1 y continúe con la pregunta 15.2

NO 6 → Pase a 16.1

15.1.b Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para aprender a hacer cosas sencillas como aprender a leer, a contar o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 15 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 16.1

15.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede aprender a hacer cosas sencillas?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede aprender a hacer cosas sencillas 4

15.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para aprender?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

15.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para aprender?

Edad

16

16.1 Debido a un problema mental, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo tareas sencillas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, sacar algo de un armario, llenar un vaso de agua, ...

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 16 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 17.1

16.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede llevar a cabo tareas sencillas?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede aprender a hacer cosas sencillas 4

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

Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1

Sí, sólo ayudas técnicas 2

Sí, ambos tipos de ayuda 3

No 4 → P. 16.4

Discapacidades

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

17

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 17 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 18.1

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

- Con dificultad moderada 2
 Con dificultad severa 3
 No puede llevar a cabo tareas complejas 4

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

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

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

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
 Con dificultad moderada 2 No puede llevar a cabo tareas complejas 4

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

Deficiencia:

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

Edad

Discapacidades

BLOQUE E: MOVILIDAD

18

Entrevistador/a, lea al/a la informante: A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre dificultades de movilidad. Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año y que sean debidas a un problema de salud o a una discapacidad.

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

18.1 ¿Tiene una dificultad importante para cambiar de postura sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo levantarse, sentarse, acostarse, ...

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 18 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 19.1

18.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cambiar de postura?

- Con dificultad moderada 2
 Con dificultad severa 3
 No puede cambiar de postura 4

18.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para cambiar de postura?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
 Sí, sólo ayudas técnicas 2
 Sí, ambos tipos de ayuda 3
 No 4 → P. 18.4

18.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cambiar de postura cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
 Con dificultad moderada 2 No puede cambiar de postura 4

18.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para cambiar de postura?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

18.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para cambiar de postura?

Edad

19

19.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mantener el cuerpo en la misma posición sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, permanecer de pie o sentado durante el tiempo necesario

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 19 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 20.1

Discapacidades

19.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición?

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

19.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para mantener el cuerpo en la misma posición?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 19.4

19.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener el cuerpo en la misma posición cuando recibe ayuda o asistencia personal?

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

19.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

19.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición?

Edad

20

20.1 ¿Tiene una dificultad importante para andar o moverse dentro del centro sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, desplazarse dentro de una habitación o entre distintas habitaciones

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 20 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 21.1

20.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse dentro del centro?

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

20.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para andar o moverse dentro del centro?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 20.4

Discapacidades

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

21

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 21 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 22.1

21.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede andar o moverse fuera del centro?

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

21.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para andar o moverse fuera del centro?

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

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

Columna 1

22

Discapacidades

22.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo en coche, autobús, metro, tranvía, ...

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 22 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 23.0

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

22.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para desplazarse como pasajero utilizando medios de transporte?

Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1

Sí, sólo ayudas técnicas 2

Sí, ambos tipos de ayuda 3

No 4 → P. 22.4

22.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero cuando recibe ayuda o asistencia personal?

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar la actividad 4

22.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

22.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para desplazarse utilizando medios de transporte como pasajero?

Edad

23

Entrevistador/a:

23.0 ¿Tiene la persona seleccionada entre 18 y 74 años?

SÍ 1 → Pasar a 23.1

NO 6 → Pasar a 24.1

23.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para conducir vehículos de motor sin adaptaciones?

SÍ 1 → Marque con aspa (X) el recuadro 23 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 24.1

23.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede conducir vehículos?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede conducir vehículos 4

Discapacidades

23.3.a ¿Utiliza adaptaciones u otras ayudas técnicas para conducir vehículos?

- SÍ 1
 NO 6 → P. 23.4

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

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
 Con dificultad moderada 2 No puede conducir vehículos 4

23.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para conducir vehículos?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

23.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para conducir vehículos?

Edad

24

24.1 ¿Tiene una dificultad importante para levantar o transportar algo con las manos o brazos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo coger y llevar un paquete de aproximadamente 3 kg, ...

- SÍ 1 → Marque con X el recuadro 24 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 25.1

24.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede levantar y transportar con las manos o brazos un objeto?

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

24.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para levantar o transportar con las manos o brazos un objeto?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
 Sí, sólo ayudas técnicas 2
 Sí, ambos tipos de ayuda 3
 No 4 → P. 24.4

24.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede levantar y transportar con las manos o brazos un objeto cuando recibe ayuda o asistencia personal?

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

Discapacidades

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

Deficiencia:

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

Edad

25

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

SÍ 1 → Marque con aspa (X) el recuadro 25 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 26.1

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

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

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

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 25.4

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

Columna 1

26

Discapacidades

26.1 ¿Tiene una dificultad importante para manipular objetos pequeños con manos y dedos sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo coger y soltar monedas, cortar con tijeras , ...

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 26 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a BLOQUE F: AUTOCUIDADO

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

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

26.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para manipular objetos pequeños con manos y dedos?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No 4 → P. 26.4

26.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede manipular objetos pequeños con manos y dedos cuando recibe ayuda o asistencia personal?

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

26.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para manipular objetos pequeños con manos y dedos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

26.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para manipular objetos pequeños con manos y dedos?

Edad

27

BLOQUE F: AUTOCUIDADO

Entrevistador/a, lea al/a la informante: A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre autocuidado. Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año.

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

27.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene dificultad importante para lavarse o secarse las diferentes partes del cuerpo sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo ducharse, lavarse la cabeza, ...

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 27 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 28.1

Discapacidades

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

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

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

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

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

28

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 28 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 29.1

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

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

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

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

Discapacidades

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

29

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 29 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 30.1

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

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

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

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

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

Columna 1

30

Discapacidades

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 30 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 31.0

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

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar las actividades 4

30.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para realizar las actividades relacionadas con la defecación?

Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1

Sí, sólo ayudas técnicas 2

Sí, ambos tipos de ayuda 3

No 4 → P. 30.4

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

Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3

Con dificultad moderada 2 No puede realizar las actividades 4

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

Deficiencia:

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

Edad

31

Entrevistador/a:

31.0 ¿Es la persona seleccionada una mujer con edad comprendida entre los 11 y 55 años ?

SÍ 1 → Pasar a 31.1

NO 6 → Pasar a 32.1

31.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para controlar las actividades relacionadas con el cuidado menstrual, como prever el comienzo de la menstruación o usar compresas, sin ayudas y sin supervisión?

SÍ 1 → Marque con aspa (X) el recuadro 31 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 32.1

NO procede 8 → Pase a 32.1

Discapacidades

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

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede realizar las actividades 4

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

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

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

32

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 32 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 33.1

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

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

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

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

Discapacidades

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

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

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

33

33.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para llevar a cabo las tareas de comer o beber sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo llevar alimentos o bebidas a la boca sin derramarlas, tragarlos, usar cubiertos, ...

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 33 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 34.1

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

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

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

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

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

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

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

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

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

Edad

Columna 1

34

Discapacidades

34.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para cumplir las prescripciones médicas sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo, tomar correctamente la medicación, seguir dietas específicas, asistir a las consultas médicas, ...

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 34 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 35.1

34.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas?

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

34.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para cumplir las prescripciones médicas?

Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
Sí, sólo ayudas técnicas 2
Sí, ambos tipos de ayuda 3
No 4 → P. 34.4

34.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede cumplir las prescripciones médicas cuando recibe ayuda o asistencia personal?

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

34.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para cumplir las prescripciones médicas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

34.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para cumplir las prescripciones médicas?

Edad

35

35.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para evitar situaciones de peligro en la vida diaria sin ayudas y sin supervisión? Por ejemplo apagar el gas, respetar los semáforos, ...

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 35 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 36.0

35.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede evitar situaciones de peligro?

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

Discapacidades

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

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

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

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

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

Deficiencia:

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

Edad

36

BLOQUE G: VIDA DOMÉSTICA

Entrevistador/a:

36.0 ¿Tiene la persona seleccionada 10 años o más?

- SÍ 1 → Pase a la pregunta 36.1
- NO 6 → Pase a la pregunta 39.1 (Bloque H)

Entrevistador/a, lea al/a la informante: **A continuación le voy a hacer unas preguntas sobre vida doméstica. Recuerde que voy a preguntarle sólo por las dificultades que han durado o se prevé que duren más de un año.**

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

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 36 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 37.1

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

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede hacer las compras 4

Discapacidades

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

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No recibe ayuda o asistencia 4 → P. 36.4
- No procede porque no hace compras 5 → P. 36.4

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

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede hacer las compras 4

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

Deficiencia:

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

Edad

37

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

- SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 37 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
- NO 6 → Pase a 38.1

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

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede preparar comidas 4

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

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No recibe ayuda o asistencia 4 → P. 37.4
- No procede porque no prepara comidas 5 → P. 37.4

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

- Sin dificultad o con poca dificultad 1
- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede preparar comidas 4

Discapacidades

37.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para preparar comidas?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

37.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para preparar comidas?

Edad

38

38.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene o tendría una dificultad importante para ocuparse de las tareas domésticas sin ayudas y sin supervisión si fuese necesario? Por ejemplo limpiar la habitación, lavar la ropa,...

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 38 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 39.1

38.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de las tareas domésticas?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede ocuparse de las tareas domésticas 4

38.3.a ¿Recibe supervisión o asistencia personal, o utiliza alguna ayuda técnica para ocuparse de las tareas domésticas?

- Sí, sólo asistencia personal o supervisión 1
- Sí, sólo ayudas técnicas 2
- Sí, ambos tipos de ayuda 3
- No recibe ayuda o asistencia 4 → P. 38.4
- No procede porque no se ocupa de las tareas domésticas 5 → P. 38.4

38.3.b ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede ocuparse de las tareas domésticas cuando recibe ayuda o asistencia personal?

- Sin dificultad o con poca dificultad 1 Con dificultad severa 3
- Con dificultad moderada 2 No puede ocuparse de las tareas domésticas 4

38.4 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para ocuparse de las tareas domésticas? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

38.5 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para ocuparse de las tareas domésticas?

Edad

BLOQUE H: INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES

39

Entrevistador/a, lea al/a la informante:

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

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 39 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 40.1

39.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mostrar afecto, respeto o sentimientos?

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

39.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mostrar afecto, respeto o sentimientos? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

39.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mostrar afecto, respeto o sentimientos?

Edad

40

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 40 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
 NO 6 → Pase a 41.1

40.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede relacionarse con extraños?

- Con dificultad moderada 2
- Con dificultad severa 3
- No puede relacionarse con extraños 4

40.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para relacionarse con extraños? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

40.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para relacionarse con extraños?

Edad

Columna 1

Discapacidades

41

41.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con el personal del centro (cuidadores, médicos, el director del centro)?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 41 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 42.1

41.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones con el personal del centro?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

41.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones con el personal del centro ?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

41.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones con personas subordinadas o con un rango superior ?

Edad

42

42.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para iniciar y mantener relaciones con amigos/as, conocidos/as o compañeros/as?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 42 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta
NO 6 → Pase a 43.1

42.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones con amigos/as, conocidos/as o compañeros/as?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

42.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones con amigos/as, conocidos/as o compañeros/as?

Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

42.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones con amigos/as, conocidos/as o compañeros/as?

Edad

Columna 1

Discapacidades

43

43.1 Por problemas de salud o discapacidad, ¿tiene una dificultad importante para mantener relaciones familiares?

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 43 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a 44.1

43.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede mantener relaciones familiares?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede mantener relaciones familiares 4

43.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para mantener relaciones familiares? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

43.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para mantener relaciones familiares?

Edad

44

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

SÍ 1 → Marque con un aspa (X) el recuadro 44 de la columna 1 y continúe con la siguiente pregunta

NO 6 → Pase a la nota del entrevistador anterior a la tabla de deficiencias de origen

44.2 ¿Con qué nivel de dificultad diría que puede crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?

Con dificultad moderada 2

Con dificultad severa 3

No puede realizar la actividad 4

44.3 ¿Cuál es la deficiencia de origen de su dificultad para crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales? Entrevistador/a: Anote literal y codifique

Deficiencia:

44.4 ¿Qué edad tenía cuando comenzó su dificultad para crear y mantener relaciones sentimentales, de pareja o sexuales?

Edad

Entrevistador/a: Consulte las discapacidades señaladas con X en la columna 1 de la tabla anterior. Si en alguna de ellas se ha marcado, pase a la siguiente tabla. En otro caso pase al Apartado I.

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

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

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

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

Entrevistador/a, lea al/ a la informante:

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas sobre las causas de sus deficiencias

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

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

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

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

SÍ 1

NO 6

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

Sí 1

No, son insuficientes 2

No recibo o utilizo ayudas técnicas, aunque las necesito 3

No necesito ayudas técnicas 4

D. Información relativa a la discriminación

Entrevistador/a:

0. ¿El informante es la persona seleccionada?

SÍ 1 → Pase a la nota al entrevistador previa a la pregunta 1

NO 6 → Módulo E

Entrevistador/a, lea al/a la informante: A continuación, voy a hacerle algunas preguntas relacionadas con la discriminación por motivo de su discapacidad y cómo reacciona en esas situaciones.

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

Nunca 1 → Apartado E

Algunas veces 2

Muchas veces 3

Constantemente 4

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

	SÍ	NO
1. En el ámbito sanitario (incluya rehabilitación, atención temprana, asociaciones...) _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
2. En el ámbito de la educación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
3. En el ámbito laboral _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
4. Transporte y desplazamientos _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
5. Para administrar sus propios bienes y su patrimonio _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
6. En las relaciones sociales, participación social y actividades de ocio y cultura _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6
7. En otras situaciones _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6

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

SÍ 1

NO 6

E. Información relativa a redes y contactos sociales

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

1. Dígame dónde vive el familiar y el amigo/a que reside más cerca del centro

	En la misma localidad	En otra localidad	No tiene
1. Algún familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Algún amigo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

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

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

	3 o más veces por semana	1 ó 2 veces por semana	1 ó 2 veces al mes	Con menor frecuencia	Nunca
1. Algún familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Algún amigo/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

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

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

	3 o más veces por semana	1 ó 2 veces por semana	1 ó 2 veces al mes	Con menor frecuencia	Nunca
1. Algún familiar	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
2. Algún amigo/a y/o vecino/a	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

4. En los 12 últimos meses, ¿ha tenido oportunidad de hacer nuevos amigos?

SÍ 1

NO 6

Entrevistador/a : La pregunta 5 es de respuesta espontánea. No se deben leer las opciones de respuesta

5. ¿A qué actividades se dedica principalmente en su tiempo libre?

Señale como máximo 3

- 1. Ver TV _____ 1
- 2. Escuchar radio o música _____ 2
- 3. Leer _____ 3
- 4. Hablar por teléfono con familia o amigos _____ 4
- 5. Visitar a familiares y amigos _____ 5
- 6. Ejercicio físico (deportes, paseos...) _____ 6
- 7. Navegar por internet _____ 7
- 8. Asistir a clases o cursos _____ 8
- 9. Hobbies, artesanía, manualidades y juegos de mesa _____ 9
- 10. Compras _____ 10
- 11. Visitar bibliotecas o museos _____ 11
- 12. Asistir a eventos deportivos o culturales _____ 12
- 13. Viajar _____ 13
- 14. Otra (especificar)..... _____ 14

F. Autonomía Personal

Entrevistador/a:

0. ¿El informante es la persona seleccionada?

SÍ 1

NO 6 → Módulo G

Entrevistador/a lea al/a la informante: A continuación voy a hacerle una pregunta sobre el nivel de autonomía que tiene

1. ¿Participa usted en la toma de decisión de:?

- | | SI | NO | NO PROCEDE |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| 1. Cuando levantarse o acostarse _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 2. Qué ropa ponerse _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 3. Cuando asearse _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 4. Qué comer y cuando _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 5. Como administrar su dinero _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 6. Con quien comparte su habitación _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 7. Cuando salir y entrar al centro _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 8. Donde y con quien pasar el tiempo libre _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |
| 9. Decorar su habitación con cosas propias
(cuadros, retratos, sillón, televisión) _____ | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 8 |

G. Accesibilidad

Entrevistador/a lea al/a la informante: **Continuemos con una pregunta relacionada con la accesibilidad. Responda considerando el uso de ayudas**

1. Indique si habitualmente tiene dificultad para desenvolverse con normalidad

	SI	NO	NO PROCEDE
1. En la habitación _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
2. En el baño _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
3. En las zonas comunes _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
4. Para acceder o salir del centro _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8
5. Fuera del centro _____	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8

H. Información relativa a los cuidados personales

Entrevistador/a lea al/a la informante: **Pasemos ahora a algunas preguntas relacionadas con los cuidados personales que recibe. En estas preguntas no vamos a considerar la asistencia o cuidados personales que le proporciona el centro, sino sólo aquellos recibidos por parte de otras personas, tanto si han sido contratadas o no para tal fin.**

1. ¿Recibe usted asistencia o cuidados personales en el centro residencial debido a su/s discapacidad/es al margen de los proporcionados por el propio centro? Por ejemplo acompañantes, podólogo, terapeuta...

SÍ 1

NO 6 → Apartado I

2. ¿La prestación de dichos cuidados o asistencia personales es de carácter gratuito o bien le supone un desembolso económico? (tiene contratada alguna persona, da una propina a su cuidador...)

Es gratuito 1

Le supone un desembolso económico 2

3. ¿Cuánto tiempo al día por término medio, recibe ayuda de otras personas para estos cuidados?

Nº de horas _____

Nº de minutos _____

4. ¿Considera que estos cuidados que recibe satisfacen sus necesidades?

Sí _____ 1

No, es insuficiente _____ 6

5. ¿Considera que estos cuidados deberían ser proporcionados por el centro ?

Sí _____ 1

No _____ 6

6. ¿Quién de las siguientes personas le dedica más tiempo a estos cuidados?

- Profesionales contratados por usted o su familia _____ 1
- Su/s hija/s _____ 2
- Su/s hijo/s _____ 3
- Su madre _____ 4
- Su padre _____ 5
- Su cónyuge o pareja _____ 6
- Otros parientes _____ 7
- Amigos _____ 8
- Servicios sociales de organismos no públicos (ONGs, asociaciones) _____ 9
- Empresas privadas _____ 10
- Otras _____ 11

I. Hora de finalización de la entrevista y fecha de cumplimentación de este cuestionario

1. Hora de finalización de la entrevista

Hora Minutos

2. Fecha de cumplimentación de este cuestionario

Día Mes Año

Muchas gracias por su colaboración

Observaciones
