

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

CUESTIONARIO HOGAR

A.- IDENTIFICACIÓN DE LOS RESIDENTES EN LA VIVIENDA

Esta parte la cumplimentará una persona adulta suficientemente informada (18 o más años) sobre las características y composición de la vivienda.

Para comenzar, le voy a hacer unas preguntas sobre su vivienda.

A1. Indique por favor a continuación el nombre y los apellidos de las personas que residen habitualmente en esta vivienda.

Por residencia habitual se entiende el lugar donde se pasa la noche normalmente, sin tener en cuenta las ausencias temporales por viajes de ocio, vacaciones, visitas a familiares y amigos, negocios o trabajo, tratamiento médico, etc.

Recuerde además que debe incluir:

- *A todas las personas que residen en esta vivienda la mayor parte del año, aunque no tengan lazos familiares.*
- *A usted mismo si reside aquí y anótese el primero.*
- *A los estudiantes no universitarios que están ausentes durante el curso académico.*
- *A menores en custodia compartida, si ahora están residiendo en esta vivienda.*
- *A los niños/as pequeños o bebés recién nacidos.*
- *Al servicio doméstico interno.*
- *A las personas que se encuentren temporalmente ausentes pero que esperan volver en menos de un año a esta vivienda.*
- *A aquellas personas que pudiendo residir en varias viviendas estén residiendo actualmente en esta vivienda. Por ejemplo, personas mayores que pasan temporadas en casa de los hijos.*

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

A2. Dígame cuál de las opciones que vamos a mostrarle identifica mejor a los residentes de la vivienda.

- Hogar unipersonal
- Padre o madre solo/a que convive con algún hijo
- Pareja sin hijos que convivan en el hogar
- Pareja con hijos que convivan en el hogar
- Otro tipo de hogar

Ahora vamos a pedirle unos datos sobre la persona que está cumplimentando el cuestionario. Recuerde que debe ser una persona de 18 o más años.

A3. ¿El informante reside en la vivienda?

Si → **Pasar a A4**

No → **Pasar a A3b**

A3b. Dígame si usted es:

- Otro familiar no miembro del hogar
- Un cuidador personal
- Un empleado/a del servicio doméstico
- Servicios Sociales
- Otros (un vecino, el portero, un amigo,...)

A3c. Por favor dígame su nombre, apellidos y edad.

Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Edad
--------	-----------------	------------------	------

A4. Por favor, anote al menos un número de teléfono, por si fuera necesario ponerse en contacto con usted para aclarar alguno de los datos de este cuestionario.

Teléfono 1

Teléfono 2

B.- CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS RESIDENTES DE LA VIVIENDA

A continuación debe rellenar un Cuestionario Individual para cada una de las personas residentes en la vivienda:

Nombre Primer apellido Segundo apellido Estado del cuestionario

RELLENAR CUESTIONARIO

B1. Sexo

- Hombre
- Mujer

B2. Podría por favor señalarme la edad o fecha de nacimiento.

Elija "Años" si la persona tiene dos o más años, e indique su edad en el desplegable. Si la persona es menor de 2 años seleccione la opción "Meses" e indique a continuación su edad en meses.

Edad ___ __ ___ Edad en meses ___ __

Fecha de nacimiento _____

B3. Estado civil.

Nos referimos al estado civil legal aunque no coincida con el de hecho.

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Divorciado/a

B4. Nacionalidad

- Sólo española
- Sólo extranjera
- Española y extranjera

[Fin del cuestionario individual para personas menores de 10 años.](#)

B5. Mayor nivel de estudios completado

Debe señalar el mayor nivel de estudios completado; así por ejemplo si una persona cursa 1º de la ESO, deberá marcar 'Educación primaria completa'

- No sabe leer o escribir
- Educación Primaria Incompleta

- Educación Primaria Completa
- ESO (2º curso o superior), EGB, Bachiller elemental, Graduado escolar, Certificado de Escolaridad, Certificado de Estudios Primarios o equivalentes
- Estudios de Bachillerato (LOE, LOGSE) BUP, COU, PREU o equivalentes
- FP Grado Medio, Grado Medio de Música y Danza, Certificados de Escuelas Oficiales de Idiomas o equivalentes
- FP Grado Superior, FP II, Maestría Industrial o equivalente
- Estudios Universitarios (Diplomatura Universitaria, Grado, Licenciatura, Master, Doctorado,...) o equivalentes
- No sabe

Fin del cuestionario individual para personas menores de 16 años.

B6. Situación principal en relación con el mercado laboral.

Si la persona se encuentra en varias situaciones, anote solo la que considere principal

- Trabajando a tiempo completo o parcial
- Parado/a (es decir sin trabajo y buscando empleo)
- Jubilado/a, prejubilado/a, retirado/a de una actividad económica previa
- Estudiando
- Incapacitado/a para trabajar
- Dedicado/a las labores de su hogar
- Otra situación
- No sabe

Fin del cuestionario individual.

C.- LIMITACIONES Y CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

A continuación se le van a formular unas preguntas sobre posibles limitaciones de las personas del hogar.

C1. Durante al menos los últimos 6 meses, ¿alguna persona del hogar se ha visto limitada, debido a un problema de salud, para realizar las actividades que la gente habitualmente hace?

Sí → **Pasar a C1b**

No → **Pasar a C2**

No sabe → **Pasar a C2**

C1b. A continuación le voy a preguntar para cada persona el grado de limitación.

Para cada una de las personas del hogar deberá señalar una opción de respuesta.

- Sí, gravemente limitado
- Sí, limitado pero no gravemente
- No, nada limitado

C2. ¿Alguna persona del hogar tiene reconocido algún grado de discapacidad, aunque sea inferior al 33%?

Si → **Pasar a C2b**

No → **Pasar a C3**

No sabe → **Pasar a C3**

C2b. A continuación le voy a preguntar por el grado de discapacidad que pueda tener cada persona.

Señale la opción que corresponda a cada miembro del hogar.

- <25%
- 25% - 32%
- 33% - 44%
- 45% - 64%
- 65% - 74%
- >=75%
- Ninguno

C3. ¿Alguna persona del hogar tiene reconocida una pensión por incapacidad permanente?

Si → Pasar a C3b

No → Pasar a C4

No sabe → Pasar a C4

C3b. A continuación señale por favor la pensión por incapacidad permanente que pueda tener cada persona.

Señale la opción que corresponda a cada miembro del hogar (16 y más años).

- De la Seg. Social: total, absoluta o gran invalidez
- De la Seg. Social: invalidez parcial
- De Clases pasivas incap. perm. para el servicio o inutilidad
- Otra pensión incap. perm.
- Ninguna

C4. ¿Alguna persona del hogar tiene reconocida oficialmente una situación de dependencia?

Si → Pasar a C4b

No → Pasar al bloque D

No sabe → Pasar al bloque D

C4b. A continuación señale la situación de dependencia que pueda tener cada persona.

Señale la opción que corresponda a cada miembro del hogar.

- Grado I - Dependencia moderada
- Grado II - Dependencia severa
- Grado III - Gran dependencia
- Ninguna

D.- DETECCIÓN DE DISCAPACIDADES (personas de seis y más años)

Las preguntas que vamos a formularle a continuación se refieren a dificultades o limitaciones actuales de las personas del hogar de 6 años y más que hayan durado o se prevea que vayan a durar al menos un año, o aquellas que cursen periódicamente en fases agudas y que sean debidas a un problema de salud o discapacidad.

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

Se entiende por supervisión la necesidad de que una persona esté pendiente de lo que otra hace, para evitar problemas en alguna actividad de la vida cotidiana.

Vamos a comenzar preguntando sobre posibles problemas de visión y audición de las personas del hogar de 6 y más años.

VISIÓN

D1. ¿Alguna persona del hogar tiene dificultad para ver la letra de un periódico aunque lleve gafas o lentillas?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

Sí → Pasar a D1b No NS/NC

--	--	--

D1b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D2. ¿Alguna persona del hogar tiene dificultad para ver la cara de alguien al otro lado de la calle (4 metros) aunque lleve gafas o lentillas?

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

Sí → **Pasar a D2b** No NS/NC

--	--	--

D2b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D3. ¿Alguna persona del hogar tiene alguna otra dificultad de visión aunque lleve gafas o lentillas? (Problemas de visión nocturna, diferenciación de colores... Incluya también las personas ciegas de un ojo)

Si supera la dificultad con gafas o lentillas conteste NO

Sí → **Pasar a D3b** No NS/NC

--	--	--

D3b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUDICIÓN

D4. ¿Alguna persona del hogar tiene dificultad para oír lo que se dice en una conversación entre varias personas, sin audífono u otra ayuda técnica externa?

Sí → **Pasar a D4b** No NS/NC

--	--	--

D4b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. ¿Alguna persona del hogar tiene una dificultad para oír una alarma, una sirena u otros sonidos fuertes, sin audífono u otra ayuda técnica externa? (Incluya también las personas sordas de un oído)

Sí → **Pasar a D5b** No NS/NC

--	--	--

D5b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos a continuar ahora preguntando sobre los posibles problemas de comunicación y/o aprendizaje que puedan tener los miembros del hogar de 6 y más años.

COMUNICACIÓN

D6. Por razones derivadas de la edad, una enfermedad o una discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para hablar en su lengua habitual, mantener una conversación o comprender el significado de lo que dicen otras personas?

Sí → Pasar a D6b No NS/NC

--	--	--

D6b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D7. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para comprender textos escritos, expresarse a través de los mismos, o entender gestos, dibujos, etc? No incluya las personas que no saben leer o escribir porque no aprendieron en su momento, pero no tienen un problema concreto de salud o discapacidad.

Sí → Pasar a D7b No NS/NC

--	--	--

D7b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para utilizar el teléfono, sin ayuda ni supervisión?

Sí → [Pasar a D8b](#) No NS/NC

--	--	--

D8b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO Y DESARROLLO DE TAREAS

La siguiente pregunta se refiere a limitaciones debidas a problemas mentales, considerando como tales los que son de naturaleza cognitiva o intelectual, de las personas del hogar de 6 años y más.

D9. Debido a un problema mental o a una discapacidad intelectual, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para aprender o desarrollar tareas, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, para prestar atención, aprender a sumar, a leer o aprender a manejar utensilios de uso cotidiano, transmitir un recado, acudir a una cita...).

Sí → **Pasar a D9b** No NS/NC

--	--	--

D9b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos a continuar ahora preguntando sobre los posibles problemas de movilidad que puedan tener los miembros del hogar de 6 y más años.

MOVILIDAD

D10. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para mantener el cuerpo en la misma posición durante el tiempo necesario o cambiar de postura, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, para levantarse, sentarse, acostarse, permanecer de pie o sentado,...).

Sí → **Pasar a D10b** No NS/NC

--	--	--

D10b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D11. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para moverse o desplazarse fuera de su vivienda, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, subir o bajar escaleras, pasear por la calle, utilizar medios de transporte, conducir vehículos de motor sin adaptaciones,...).

Sí → **Pasar a D11b** No NS/NC

--	--	--

D11b. ¿Podría, por favor, indicarme quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D12. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para levantar o transportar algo utilizando las manos y los brazos, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, sujetar un vaso, llevar un bebé en brazos, etc.)

Sí → **Pasar a D12b** No NS/NC

--	--	--

D12b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para manipular y mover objetos utilizando los brazos, las manos y los dedos, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, empujar una silla, alcanzar un objeto, coger y soltar monedas, cortar con tijeras, escribir con bolígrafo, etc.)

Sí → [Pasar a D13b](#) No NS/NC

--	--	--

D13b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos a continuar ahora preguntando sobre los posibles problemas de autocuidado que puedan tener los miembros del hogar de 6 y más años.

AUTOCUIDADO

D14. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para lavarse, ducharse, secarse o para realizar otros cuidados básicos del cuerpo como peinarse o cortarse las uñas, sin ayuda ni supervisión?

Sí → [Pasar a D14b](#) No NS/NC

--	--	--

D14b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D15. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para vestirse, alimentarse, ir al servicio o tomar medicinas, sin ayuda ni supervisión?

Sí → [Pasar a D15b](#) No NS/NC

--	--	--

D15b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIDA DOMÉSTICA (solo para personas mayores de 12 años)

Recuerde que se trata de no poder hacerlo por un problema de salud o discapacidad, no por no saber hacerlo.

D16. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar mayor de 12 años tiene o tendría dificultad para para organizar y hacer las compras de comida, ropa o artículos para la casa, sin ayuda ni supervisión?

Sí → [Pasar a D16b](#) No NS/NC

--	--	--

D16b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D17. Por problemas de salud o discapacidad, ¿alguna persona del hogar mayor de 12 años tiene o tendría dificultad para realizar tareas domésticas, sin ayuda ni supervisión? (Por ejemplo, limpiar, barrer, lavar la ropa, preparar la comida o usar aparatos domésticos)

Sí → **Pasar a D17b** No NS/NC

--	--	--

D17b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y para finalizar, vamos a preguntarle ahora sobre los posibles problemas de relaciones interpersonales que puedan tener los miembros del hogar de 6 y más años.

INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES

D18. Por problemas de salud o de discapacidad, ¿alguna persona del hogar tiene dificultad para relacionarse con otras personas (amigos, conocidos o desconocidos), iniciar relaciones de pareja o formar una familia?

Sí → **Pasar a D18b** No NS/NC

--	--	--

D18b. ¿Podría, por favor, indicar quién y su grado de dificultad?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí, total dificultad (no puede hacerlo en absoluto)	Sí, mucha dificultad	Sí, alguna dificultad	No, ninguna dificultad
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E.- DETECCIÓN DE LIMITACIONES (niños de 0 a 5 años)

Este apartado es solo para viviendas donde haya menores de 6 años.

Ahora voy hacerle algunas preguntas sobre las dificultades para realizar las actividades de la vida diaria que tienen en la actualidad los **menores de 0 a 5 años** del hogar, debidas a una discapacidad o a un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año.

E-I PREGUNTAS COMUNES REFERIDAS A TODOS LOS MENORES DE 6 AÑOS

E1. ¿A algún niño/a del hogar menor de 6 años le han diagnosticado alguna deficiencia o enfermedad cuya duración esperada sea superior a un año, por la que necesite cuidados o atenciones especiales?

Sí → **Pasar a E1b** No NS/NC

--	--	--

E1b. ¿Podría, por favor, indicar a quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. ¿Algún niño/a del hogar menor de 6 años debido a alguna alteración en su desarrollo o al riesgo de padecerla, participa actualmente en algún programa de atención temprana (público o privado) o acude a algún servicio de estimulación, logopedia, motricidad, psicoterapia o rehabilitación?

Sí → **Pasar a E2b** No NS/NC

--	--	--

E2b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sólo si en el hogar hay menores de 2 a 5 años:

E-II PREGUNTAS REFERIDAS A MENORES DE 2 A 5 AÑOS

*Ahora le vamos a hacer una serie de preguntas sobre las posibles dificultades que puedan tener los **niños/as de 2 a 5 años** para realizar las actividades de la vida diaria y que sean debidas a una discapacidad o un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año.*

Comenzamos con problemas de visión y audición

Visión

E3. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años es ciego/a o tiene dificultad para ver?

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

Sí → **Pasar a E3b** No NS/NC

--	--	--

E3b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Audición

E4. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años es sordo/a o tiene dificultad para oír sonidos como la voz de otras personas o la música, sin la ayuda de audífono u otro producto de apoyo/otra ayuda técnica?

Sí → **Pasar a E4b** No NS/NC

--	--	--

E4b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos a continuar ahora preguntando sobre los posibles problemas de movilidad que puedan tener los niños del hogar de 2 a 5 años.

Movilidad

E5. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años, en comparación con otros niños/as de su misma edad, tiene dificultad para mantenerse sentado o de pie o bien para caminar sin que nadie le asista o sin ayudas técnicas como muletas o prótesis para las piernas?

Sí → **Pasar a E5b** No NS/NC

--	--	--

E5b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E6. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años, en comparación con otros niños/as de su misma edad tiene dificultad para coger o utilizar objetos pequeños con las manos, sin ayudas técnicas como por ejemplo agarres especiales o manoplas?

Sí → [Pasar a E6b](#) No NS/NC

--	--	--

E6b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vamos a continuar ahora preguntando sobre los posibles problemas de comunicación y/o aprendizaje que puedan tener los niños del hogar de 2 a 5 años.

Comunicación

Recuerde que deben ser dificultades debidas a una discapacidad o a un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año.

E7. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años, en comparación con otros niños/as de su misma edad, tiene actualmente dificultad para comunicarse, hacerse entender o para comprender lo que otras personas le dicen?

Sí → [Pasar a E7b](#) No NS/NC

--	--	--

E7b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aprendizaje

E8. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años, en comparación con otros niños/as de su misma edad, tiene actualmente dificultad para aprender cosas, nombrar objetos cotidianos o comprender instrucciones sencillas?

Sí → [Pasar a E8b](#) No NS/NC

--	--	--

E8b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Y para finalizar, vamos a preguntarle ahora sobre los posibles problemas de relaciones interpersonales que puedan tener los niños del hogar de 2 a 5 años debidos a una discapacidad o a un problema de salud que ha durado o se prevé que dure más de un año.

Relaciones interpersonales

E9. ¿Algún niño/a del hogar entre 2 y 5 años, en comparación con otros niños/as de su misma edad, tiene dificultad para manifestar emociones o para relacionarse y jugar con otros niños?

Sí → [Pasar a E9b](#) No NS/NC

--	--	--

E9b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sólo si en el hogar hay menores de 2 años:

E-III PREGUNTAS REFERIDAS A LOS MENORES DE 2 AÑOS

Ahora le vamos a hacer una pregunta sobre los posibles problemas en su desarrollo que puedan tener los menores de 2 años y que sean debidos a una discapacidad o a un problema de salud de duración estimada superior a un año.

E10. ¿Algún menor de 2 años tiene un nivel de desarrollo de sus capacidades físicas o cognitivas inferior al de otros niños/as de su misma edad?

Sí → **Pasar a E10b** No NS/NC

--	--	--

E10b. ¿Podría, por favor, indicar quién?

NºOrden	Nombre	Apellido1	Apellido2	Sí	No
01	Nombre01	PApellido01	SApellido01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	Nombre02	PApellido02	SApellido02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	Nombre03	PApellido03	SApellido03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

De 3 a 6 meses: Comienza a sonreír, a sacar la lengua, a pedir con los brazos que le sostengan en el regazo... Es capaz de mantenerse sentado con apoyo, y luego lo conseguirá hacer sin él. También comienza el balbuceo. El bebé intentará unir fonemas con mayor o menor acierto.

De los 6 a los 12 meses: El bebé comienza a gatear, y según se acerque al año de edad, será capaz de sostenerse de pie e incluso dar unos pasos. Aumenta su independencia y su curiosidad por explorarlo todo. El lenguaje también avanza y el bebé aprende nuevas palabras. Aprende a decir 'mamá', 'papá' y a nombrar y señalar otros objetos.

De los 12 a los 24 meses: El niño comienza a andar. Su autonomía aumenta y se da cuenta de que es capaz de hacer muchas cosas por sí mismo. Durante esta época muestra un gran apego por sus padres. Aún es incapaz de entender ciertas normas y límites.

F. Accesibilidad, Equipamiento y Condiciones de la Vivienda

A continuación le vamos a hacer un par de preguntas sobre las condiciones de su vivienda.

F1. ¿Existe en los accesos exteriores a su vivienda (portal, entrada del edificio,...) o en el interior de la misma, algún tramo de escaleras sin rampa, ni barandilla adaptada, ni otro sistema de ascenso/descenso automático?

SI

NO

NS/NC

F2. ¿Dispone el hogar o alguno de sus miembros de los siguientes bienes o servicios?

Ducha o bañera	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Váter con agua corriente en el interior de la vivienda	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Cocina	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Frigorífico	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Lavadora	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Lavavajillas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Microondas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Televisor	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Teléfono fijo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Teléfono móvil	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Ordenador personal	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Acceso a internet	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Tabletas o similares	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Calefacción	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Aire acondicionado	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>
Automóvil	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NS/NC <input type="checkbox"/>

F3. ¿Se ve afectada su vivienda por alguno de los siguientes problemas?

Goteras o humedades en paredes, suelos, techos o cimientos, o podredumbre en suelos, marcos de ventanas o puertas SI NO NS/NC

Escasez de luz natural SI NO NS/NC

Ruidos producidos por los vecinos o procedentes del exterior (tráfico, negocios, fábricas colindantes, etc.) SI NO NS/NC

Contaminación, suciedad u otros problemas medioambientales en la zona (humos, malos olores, aguas residuales, etc.) SI NO NS/NC

Delincuencia o vandalismo en la zona SI NO NS/NC

G. Ingresos del Hogar

Para poder hacer comparaciones entre los distintos tipos de problemas de salud y discapacidad de las familias, es necesario conocer unos datos muy básicos sobre el nivel de ingresos de las familias.

G1. ¿Percibe actualmente algún miembro del hogar ingresos monetarios regulares procedentes de las siguientes fuentes?

- | | | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|-------|--------------------------|
| Trabajo por cuenta propia o ajena | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NC | <input type="checkbox"/> |
| Pensiones contributivas o no contributivas | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NC | <input type="checkbox"/> |
| Prestaciones y subsidios de desempleo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NC | <input type="checkbox"/> |
| Otros ingresos monetarios
(rentas de la propiedad o del capital,
transferencias regulares, etc.) | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NC | <input type="checkbox"/> |

Si no hay constancia de ingresos monetarios, pasar al apartado H.

G2. ¿Cuál es el importe mensual correspondiente al total de ingresos percibidos por los distintos miembros del hogar?

Considere los **ingresos netos** (no los ingresos brutos). Es decir, tenga en cuenta lo percibido en mano, una vez descontados impuestos (IRPF), seguridad social, etc.

- Menos de 650
- De 650 a menos de 880
- De 880 a menos de 1.150
- De 1.150 a menos de 1.400
- De 1.400 a menos de 1.670
- De 1.670 a menos de 2.000
- De 2.000 a menos de 2.400
- De 2.400 a menos de 3.000
- De 3.000 a menos de 3.900
- De 3.900 a menos de 4.800

De 4.800 a menos de 6.400

De 6.400 en adelante

No sabe / No contesta

H. OBSERVACIONES

Indique a continuación las observaciones o aclaraciones que considere oportunas sobre el contenido y las respuestas a este cuestionario.

..... ..
..... ..
..... ..
..... ..
..... ..

FIN DEL CUESTIONARIO DE HOGAR