



El futuro
es de todos

DNP
Departamento
Nacional de Planeación

UT ECONOMETRIA-SEI
[CM-017-19]



EVALUACIÓN DE RESULTADOS DE LA POLÍTICA PÚBLICA NACIONAL DE DISCAPACIDAD (PPDIS) QUE PERMITA GENERAR RECOMENDACIONES PARA FORTALECER SUS ACCIONES."

16

07

2020

**FORMULARIO PARA HOGARES CON PERSONAS
CON DISCAPACIDAD TIPO A**

VERSIÓN 14

A. CONTROL OPERATIVO

Número de Identificación Muestral (NIM)		_____
Consentimiento informado		
<p>Buenos días /tardes /noches, ¿hablo con (nombre de la persona con discapacidad) ?, mi nombre es _____, trabajo para la UT Econometría-SEI., la cual fue contratada por el Departamento Nacional de Planeación para evaluar la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social con el fin de identificar y analizar los resultados alcanzados y generar recomendaciones para fortalecer las acciones de esta. Usted ha sido seleccionado(a) para participar y quisiéramos contar con su colaboración para conocer sus opiniones. Su participación en esta encuesta es totalmente voluntaria y está dirigida a personas con discapacidad, cuidadores y familiares y tendrá una duración aproximada de 60 minutos, que se podrá dividir en varias llamadas, si así usted lo desea. Sus respuestas son confidenciales y serán analizadas a nivel global con fines estadísticos, respetando y aplicando el marco legal colombiano de la Ley 1581 de 2012 (Habeas data), no revelaremos su información personal de ninguna forma sin su autorización explícita.</p> <p>Si tiene alguna duda sobre la encuesta, puede comunicarse con Diego Velandia Coordinador de Campo en SEI (tel. 1-7425757 EXT1026), con Martha Isabel Gutiérrez Directora de Proyecto de ECONOMETRIA (tel. 310 2116677) o con Elixon Nanclares del DNP (tel. 1-3815000 ext. 13615) en Bogotá. Esta llamada está siendo grabada y se hará seguimiento para efectos de calidad.</p> <p>¿Acepta participar? Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Terminar</p>		
1.	Departamento y municipio	_____
2.	Zona	Urbana 1 <input type="checkbox"/> centro poblado 2 <input type="checkbox"/> → Pase a 4 rural disperso 3 <input type="checkbox"/> → Pase a 4
3.	Comuna o localidad:	No hay comuna o localidad 1 <input type="checkbox"/>
4.	Barrio o vereda:	
5.	Dirección de la vivienda:	

B. DATOS DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN

6.	Nombre de la persona con discapacidad seleccionada en la muestra	_____
7.	Número de identificación (Muestra)	
8.	Teléfono fijo	_____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>
9.	Teléfono celular	_____
10.	Otro teléfono celular	_____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>
10.1	Correo electrónico	_____ @ _____ No tiene 1 <input type="checkbox"/>

C. RESULTADO DE LLAMADA, ENCUESTA Y TIPO DE SUPERVISIÓN

11.	Resultados de llamadas						
Contacto efectivo	1. <input type="checkbox"/>	No se completó llamada	3. <input type="checkbox"/>	Buzón/No contesta	5. <input type="checkbox"/>		
Número fuera de servicio	2. <input type="checkbox"/>	Número de teléfono equivocado	4. <input type="checkbox"/>	Volver a llamar	6. <input type="checkbox"/>		
No. llamada	a. Fecha de la llamada			b. Resultado parcial llamada			
	Día	Mes	Año	M1	M2	M3	M4
1							

2							
3							
12.	Resultado de encuesta						
Encuesta completa		21. <input type="checkbox"/>	Encuesta incompleta		22. <input type="checkbox"/>	Rechazo/ no está interesado en participar	
Rechazo/No acepta política de protección de datos		24. <input type="checkbox"/>	Encuesta no efectiva (no se logró contacto)		25. <input type="checkbox"/>	La persona de la muestra no tiene discapacidad	
No se pudo aplicar		27. <input type="checkbox"/>	Otro ¿Cuál?		28. <input type="checkbox"/>		
No. llamada	c. Fecha de la llamada			d. Resultado parcial encuesta			
	Día	Mes	Año	M1	M2	M3	M4
1							
2							
3							

13.	¿Qué tipo de supervisión realizó?	Verificación	1. <input type="checkbox"/>	Ninguna		2. <input type="checkbox"/>
14.	Nombre e identificación supervisor:			ID:		
15.	Nombre e identificación encuestador:			ID:		
Resultados para módulos II, III y IV	Completo	1. <input type="checkbox"/>	Encuesta no efectiva (no se logró contacto)		5. <input type="checkbox"/>	
	Incompleto	2. <input type="checkbox"/>	Persona con dificultad para responder		6. <input type="checkbox"/>	
	Rechazo/ no está interesado en participar	3. <input type="checkbox"/>	Otro motivo ¿Cuál? _____		7. <input type="checkbox"/>	
	Rechazo/No acepta política de protección de datos	4. <input type="checkbox"/>				

MODULO I PERSONA CON DISCAPACIDAD

1. PREGUNTAS INICIALES PERSONA CON DISCAPACIDAD

1101.	Nombres y apellidos		
1102.	¿Cuál es su edad (en años cumplidos)?		_ _
1103.	Encuestador(a): ¿La persona con discapacidad es menor de 12 años? O ¿requiere de asistencia para responder la encuesta?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1105
Encuestador(a): El informante que apoya el diligenciamiento de este módulo, debe ser un familiar o cuidador familiar. Si no se cuenta con un informante que cumpla con estos requisitos, el cuidador no familiar puede apoyar con el diligenciamiento únicamente si ha estado a cargo del cuidado de la persona con discapacidad un año o más.			
1104.	¿Cuál es su parentesco con (nombre de la persona con discapacidad)?		Padre/madre 1 <input type="checkbox"/> Hijo/hija/hijastro 2 <input type="checkbox"/> Hermano/hermana 3 <input type="checkbox"/> Nieto/bisnieto 4 <input type="checkbox"/> Sobrino/sobrina 5 <input type="checkbox"/> Primo/prima 6 <input type="checkbox"/> Tío/tía 7 <input type="checkbox"/> Abuelo/abuela 8 <input type="checkbox"/> Otro ¿Cuál? 9 <input type="checkbox"/>
1105.	Encuestador(a): Realice la pregunta directamente a la persona con discapacidad mayor de 12 años sin la intervención de otra persona. Si la persona con discapacidad no responde directamente la encuesta (pregunta 1103) pase a pregunta 1106 ¿(Nombre de la persona con discapacidad seleccionada) se reconoce como una persona con una discapacidad?		Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → Termine

	1. ¿(Nombre de la persona) presenta discapacidad _____ ?	2. ¿Hace cuánto presenta esa dificultad?	
1106.	a. Física	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
	b. Auditiva	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
	c. Visual	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
	d. Mental/psicosocial	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
	e. Intelectual/cognitiva	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
	f. Sordoceguera	No 2 <input type="checkbox"/> ↓ Si 1 <input type="checkbox"/> →	____ 1. Meses <input type="checkbox"/> 2. Años <input type="checkbox"/> De nacimiento 3 <input type="checkbox"/>
Entrevistador: Si en la pregunta 1106.1 marco más de una opción marque la opción múltiple en la pregunta 1106.a			
1106.a	Múltiple	1 <input type="checkbox"/>	
Entrevistador: Revise respuestas a pregunta 1106.1 si todas las opciones de respuesta son No (2) termine.			
1107.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) hace parte de alguna comunidad étnica?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1109	
1108.	De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, (Nombre de la persona con discapacidad) es o se reconoce como:	Indígena	1 <input type="checkbox"/>
		Gitano, Rom	2 <input type="checkbox"/>
		Raizal del archipiélago San Andrés, Providencia y Santa Catalina	3 <input type="checkbox"/>
		Palenquero de San Basilio	4 <input type="checkbox"/>
		Negro, mulato, afrodescendiente, afrocolombiano	5 <input type="checkbox"/>
1109.	Entrevistador: Para personas menores de 12 años registre la opción 5 ¿Cuál es el estado civil actual de (Nombre de la persona con discapacidad)?	No es casado(a) y vive en pareja hace menos de dos años	1 <input type="checkbox"/>
		No es casado(a) y vive en pareja hace dos años o más	2 <input type="checkbox"/>
		Es viudo(a)	3 <input type="checkbox"/>
		Está separado (a) o divorciado (a)	4 <input type="checkbox"/>
		Es soltero (a)	5 <input type="checkbox"/>
		Es casado(a)	6 <input type="checkbox"/>
1110.	Entrevistador: Aplicar pregunta para personas de 5 años o más. ¿En qué actividad ocupó (Nombre de la persona con discapacidad) la mayor parte del tiempo la semana del domingo 8 de marzo al sábado 14 de marzo? Entrevistador: Espere respuesta	Trabajando	1 <input type="checkbox"/>
		Buscando trabajo	2 <input type="checkbox"/>
		Estudiando	3 <input type="checkbox"/>
		Oficios del hogar	4 <input type="checkbox"/>
		Incapacitado permanente para trabajar	5 <input type="checkbox"/>
		Pensionado o jubilado	6 <input type="checkbox"/>
		Vivió de la renta	7 <input type="checkbox"/>
		Otra actividad	8 <input type="checkbox"/>
1111.	Entrevistador: Aplicar pregunta si en 1110 la actividad es 1 (Trabajando). En ese trabajo (Nombre de la persona con discapacidad) es:	Obrero o empleado de empresa privada	1 <input type="checkbox"/>
		Obrero o empleado de gobierno	2 <input type="checkbox"/>
		Empleado doméstico	3 <input type="checkbox"/>
		Trabajador por cuenta propia	4 <input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador	5 <input type="checkbox"/>
		Trabajador familiar sin remuneración	6 <input type="checkbox"/>
		Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7 <input type="checkbox"/>
		Jornalero o peón	8 <input type="checkbox"/>
1112.	Entrevistador: Aplique la pregunta a personas de 5 a 65 años ¿Actualmente (Nombre de la persona con discapacidad) está inscrito o matriculado a un establecimiento educativo?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1113.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud (Entidad Promotora de Salud - EPS – del régimen contributivo o subsidiado – EPS-S-ARS)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

1114.	¿Cuál es el sexo de (Nombre de la persona con discapacidad)?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Intersexual 3 <input type="checkbox"/>
1115.	<p>👉 Encuestador(a): Realice la pregunta directamente a la persona con discapacidad mayor de 12 años sin la intervención de otra persona. Si la persona con discapacidad no responde directamente la encuesta (pregunta 1103) pase a pregunta 1117</p> <p>¿Cuál es la identidad de género de (nombre de la persona con discapacidad)?</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta.</p>	Masculino 1 <input type="checkbox"/>
		Femenino 2 <input type="checkbox"/>
		Transexual 3 <input type="checkbox"/>
		Otro 4 <input type="checkbox"/>
		No responde 5 <input type="checkbox"/>
1116.	<p>¿Cuál es la orientación sexual de (nombre de la persona con discapacidad)?:</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta.</p>	Heterosexual 1 <input type="checkbox"/>
		Homosexual 2 <input type="checkbox"/>
		Bisexual 3 <input type="checkbox"/>
		Otro 4 <input type="checkbox"/>
		No responde 5 <input type="checkbox"/>
1117.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) se considera o ha sido víctima del conflicto armado?	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 1121
1118.	Con respecto a la discapacidad de (nombre de la persona con discapacidad), esta:	Se originó en ocasión del conflicto armado 1 <input type="checkbox"/>
		Se aumentó el nivel de dificultad con ocasión del conflicto armado 2 <input type="checkbox"/>
		Esta se originó y se aumentó el nivel de dificultad en más de un hecho victimizante 3 <input type="checkbox"/>
		Esta no se originó, ni se aumentó el nivel de dificultad con el conflicto armado, no tiene relación 4 <input type="checkbox"/>
1119.	¿Ha accedido (nombre de la persona con discapacidad) a los servicios de reparación integral de la unidad para las víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>
1120.	¿Ha accedido (nombre de la persona con discapacidad) a servicios básicos como son educación y salud a través de la ruta de atención integral a víctimas?	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>
1121.	<p>👉 Encuestador(a): Pregunte a personas de 12 años o más</p> <p>¿(Nombre de la persona con discapacidad) cuenta con habilidades o capacidades adquiridas para desarrollar actualmente algún trabajo?</p>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/> → 1201
1122.	¿Desde hace cuánto (nombre de la persona con discapacidad) sabe/adquirió dichas habilidades o capacidades?	Hace menos de 6 años 1 <input type="checkbox"/>
		Hace más de 6 años 2 <input type="checkbox"/>
		NS/NR 3 <input type="checkbox"/>

2. EDUCACIÓN

👉 **Encuestador(a):** Revise la edad (pregunta 1102). Para las personas con discapacidad entre 0 y 5 años aplique la pregunta 1201 y pase a la pregunta 1301, de lo contrario pase a pregunta 1202

1201.	(Nombre de la persona con discapacidad) está inscrito o asiste a:	Hogar comunitario de Bienestar familiar 1 <input type="checkbox"/>
		Guardería, hogar infantil o Jardín de Bienestar Familiar 2 <input type="checkbox"/>
		Otra guardería o jardín 3 <input type="checkbox"/>
		Ninguno 4 <input type="checkbox"/>
👉 Encuestador(a): Si la persona con discapacidad respondió la opción 1 en la pregunta 1112 aplique las siguientes preguntas de lo contrario pase a la pregunta 1214		
1202.	El establecimiento donde estudia (nombre de la persona con discapacidad) es:	Oficial 1 <input type="checkbox"/>
		No oficial 2 <input type="checkbox"/>
1203.	Antes de ingresar al establecimiento de educación donde asiste actualmente, ¿ha tenido barreras/dificultades para el acceso a un cupo educativo?	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>
1204.	<p>👉 Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>¿El servicio de transporte que utiliza (carro particular, transporte público, motocicleta, bicicleta o ruta escolar) para llegar al establecimiento educativo le permite a (nombre de la persona con discapacidad) moverse fácilmente?</p>	Sí 1 <input type="checkbox"/>
		No 2 <input type="checkbox"/>
		No utiliza esos medios de transporte 3 <input type="checkbox"/>

1205.	<p>Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>Califique en una escala de 1 a 3, (donde 1 es inadecuado y 3 muy adecuado) si el establecimiento educativo atiende adecuadamente las necesidades educativas de (nombre de la persona con discapacidad)</p>	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1206.	<p>Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>¿Para la asistencia al establecimiento educativo (nombre de la persona con discapacidad) requiere del acompañamiento durante la jornada de su cuidador/a o de algún familiar?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
1207.	<p>Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>¿Cuáles de los siguientes tipos de apoyo para personas con discapacidad le ofrece el establecimiento educativo al que asiste (nombre de la persona con discapacidad)?</p>	<p>a. Materiales adaptados Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Ajustes para que las personas con discapacidad puedan participar en las diferentes actividades. Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Personas de apoyo para la comunicación (intérpretes lengua de señas o guía intérprete) Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Información en formatos accesibles para personas con discapacidad Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Soporte pedagógico (horas adicionales de apoyo pedagógico) Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Acompañamiento de educadores especiales Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Personas de apoyo para la movilidad y las actividades de la vida diaria Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>h. Otro, ¿cuál? _____ Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p>
1208.	<p>¿Con qué tipo de tecnologías de información y comunicaciones para personas con discapacidad cuenta el establecimiento educativo?:</p> <p>Encuestador(a): Si todas las opciones de respuesta son No y/o No sabe/No responde pase a 1211</p>	<p>a. Computadores con lectores de pantalla Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>b. Tabletas o Ipads Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>c. Tableros digitales Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>d. Magnificadores de pantalla Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>e. Software especializado Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>f. Internet Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p> <p>g. Otro, ¿cuál? _____ Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde3 <input type="checkbox"/></p>
1209.	<p>Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>¿(Nombre de la persona con discapacidad) utiliza esos servicios de apoyo y/o tecnologías con las que cuenta el establecimiento educativo?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 1211</p>
1210.	<p>¿(Nombre de la persona con discapacidad) considera que estos apoyos son adecuados para facilitar su proceso de aprendizaje?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
1211.	<p>¿En los últimos 6 años, en el establecimiento educativo al que asiste (nombre de la persona con discapacidad) se dieron cambios para adecuar y/o mejorar las instalaciones para el acceso de las personas con discapacidad física como rampas y ascensores, estacionamientos accesibles, señalización clara y accesible para personas con discapacidad física, visual, auditiva, cognitiva y psicosocial a la altura requerida y en formatos accesibles?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/> → 1213</p> <p>No sabe/No informa 3 <input type="checkbox"/> → 1213</p> <p>No aplica (educación virtual) 4 <input type="checkbox"/> → 1213</p>
1212.	<p>¿Esos cambios han ayudado a la permanencia de (nombre de la persona con discapacidad) en el establecimiento educativo?</p>	<p>Si 1 <input type="checkbox"/></p> <p>No 2 <input type="checkbox"/></p>
1213.	<p>Encuestador(a): Revise pregunta 112. ¿Presenta alguna alteración desde hace 6 años o más? En caso afirmativo aplique pregunta 1213 y pase a filtro de pregunta 1301. En caso contrario pase a pregunta 1301</p> <p>Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que la atención en educación</p>	<p>Empeorado 1 <input type="checkbox"/></p> <p>Permanecido igual mal 2 <input type="checkbox"/></p> <p>Permanecido igual bien 3 <input type="checkbox"/></p> <p>Mejorado 4 <input type="checkbox"/></p>

	para (nombre de la persona con discapacidad) ha ___?	Hace 6 años no se encontraba estudiando	5 <input type="checkbox"/>
1214.	<p>👉 Encuestador(a): Aplique esta pregunta si la persona con discapacidad es menor de 26 años y no estudia</p> <p>👉 Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19.</p> <p>¿Por qué (nombre de la persona con discapacidad) no asiste a un establecimiento educativo?</p>	a. Por falta de dinero	<input type="checkbox"/>
		b. Por falta de información	<input type="checkbox"/>
		c. Por falta de interés	<input type="checkbox"/>
		d. Por falta de apoyo	<input type="checkbox"/>
		e. Por falta de oportunidades	<input type="checkbox"/>
		f. Por falta de ajustes razonables de los establecimientos educativos	<input type="checkbox"/>
		g. Porque sus padres o cuidadores no quieren, no lo permiten	<input type="checkbox"/>
		h. Por miedo al bullying (acoso escolar)	<input type="checkbox"/>
		i. Por su edad (extra-edad)	<input type="checkbox"/>
		j. Por la distancia	<input type="checkbox"/>
	i. Otro, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>	

3. SITUACIÓN LABORAL E INGRESOS

👉 **Encuestador(a):** Aplique las siguientes preguntas de esta sección a personas de 12 años o más. Si la persona con discapacidad respondió en la pregunta **1110** la opción 1 (trabajando) y opciones 1, 2 o 3 pregunta **1111** pase a la pregunta **1301**, si respondió en la pregunta **1110** la opción 1 (trabajando) y opciones 4 a 8 en pregunta **1111** pase a la pregunta **1314**, si respondió la opción 2 (Buscando trabajo) pase a **1315**; si respondió las opciones 3, 4, 6, 7 u 8 pase a la pregunta **1302** y si respondió la opción 5 (incapacitado permanente para trabajar) o es menor de 12 años pase a la pregunta **1319**.

1301.	¿Hace cuánto tiempo que (nombre de la persona con discapacidad) está en ese trabajo?	Meses 1. <input type="checkbox"/> Años 2. <input type="checkbox"/>	
1302.	Además de la actividad principal ¿(nombre de la persona con discapacidad) cuenta con un trabajo adicional?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No trabaja	2 <input checked="" type="checkbox"/> → 1303
		Trabaja y no cuenta con otro trabajo	3 <input checked="" type="checkbox"/> → 1303
1303.	<p>👉 Encuestador(a): Si la persona con discapacidad tiene más de un trabajo, las preguntas 1303 a 1313 se refieren al trabajo principal.</p> <p>¿Cuánto tiempo duró (nombre de la persona con discapacidad) buscando este trabajo?</p>	Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Años 3. <input type="checkbox"/>	
1304.	¿Cuántas horas a la semana trabaja normalmente (nombre de la persona con discapacidad) en ese trabajo?	Horas <input type="checkbox"/> → si el número es 40 horas o más pase a 1306	
1305.	¿Cuál es la razón por la que (nombre de la persona con discapacidad) trabaja normalmente menos de 40 horas a la semana?	a. Es lo único que ha conseguido, pero quiere trabajar más horas	<input type="checkbox"/>
		b. Es la jornada que se ajusta a sus necesidades	<input type="checkbox"/>
		c. Otra, ¿cuál? _____	<input type="checkbox"/>
1306.	¿Actualmente (nombre de la persona con discapacidad) está cotizando a pensiones (Colpensiones, fondos privados, FOMAC o fuerzas militares)?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		Ya es pensionado	3 <input type="checkbox"/>
		NS/NR	4 <input type="checkbox"/>
1307.	<p>¿Considera usted que cuando ingresó a trabajar existían barreras u obstáculos para que (nombre de la persona con discapacidad) se pudiera desempeñar su trabajo?</p> <p>De qué tipo eran estas barreras:</p>	a. Físicas. Espacios o elementos físicos que limitaban su uso, acceso o su movilización	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Comunicativas. Obstáculos que impedían su comunicación e interacción con las demás personas	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Actitudinales. Conductas o actitudes de sus compañeros, jefes o clientes que lo hicieron sentirse discriminado o rechazado.	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1308.	¿Durante el proceso de inclusión laboral de (nombre de la persona con discapacidad) recibió apoyo de parte de alguna entidad u organización?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1310
		No sabe/No informa	3 <input type="checkbox"/> → 1310
1309.	¿La entidad de la cual recibió apoyo (nombre de la persona con discapacidad) para su	Pública	1 <input type="checkbox"/>

	inclusión laboral es _____?	Privada	2	<input type="checkbox"/>
1310.	¿La empresa o negocio donde trabaja (nombre de la persona con discapacidad) realizó los ajustes razonables (adaptaciones) a su puesto de trabajo para que pudiera desempeñar su trabajo adecuadamente?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
		NS/NR	3	<input type="checkbox"/>
		No aplica	4	<input type="checkbox"/>
1311.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Usted considera que existen _____ barreras (obstáculos físicos para la movilidad, obstáculos comunicativos para la interacción, conductas o actitudes negativas, entre otros) frente a las que había en el momento que ingresó (nombre de la persona con discapacidad) a trabajar?	Mayores	1	<input type="checkbox"/>
		Iguales	2	<input type="checkbox"/>
		Menores	3	<input type="checkbox"/>
1312.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Considera que el pago que recibe (nombre de la persona con discapacidad) es adecuado para sus habilidades y capacidades?	Es adecuado	1	<input type="checkbox"/>
		No es adecuado	2	<input type="checkbox"/>
		NS/NR	3	<input type="checkbox"/>
1313.	Encuestador(a): Revise pregunta 1106.2. ¿Presenta alguna alteración desde hace 6 años o más? En caso afirmativo aplique esta pregunta. En caso contrario pase a 1314 Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que las oportunidades laborales para (nombre de la persona con discapacidad) han ____?	Empeorado	1	<input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal	2	<input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien	3	<input type="checkbox"/>
		Mejorado	4	<input type="checkbox"/>
1314.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿(nombre de la persona con discapacidad) buscó trabajo?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1319
1315.	¿Hace cuánto tiempo (nombre de la persona con discapacidad) está buscando trabajo?	Días 1. <input type="checkbox"/>	Meses 2. <input type="checkbox"/>	Años 3. <input type="checkbox"/>
1316.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) ha tenido dificultades para conseguir trabajo?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1319
1317.	¿Cuáles son las principales dificultades que ha enfrentado (nombre de la persona con discapacidad) para conseguir trabajo?	a. Falta de oportunidades laborales		<input type="checkbox"/>
		b. Falta de apoyo		<input type="checkbox"/>
		c. Falta de preparación para el trabajo		<input type="checkbox"/>
		d. Falta de ajustes razonables en los sitios de trabajo		<input type="checkbox"/>
		e. Sus padres, familiares o cuidadores no quieren		<input type="checkbox"/>
		f. Competencia (muchos candidatos)		<input type="checkbox"/>
		g. Por la discapacidad		<input type="checkbox"/>
		h. Desconocimiento del proceso de inclusión laboral		<input type="checkbox"/>
		i. Otro ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/>
1318.	¿Las dificultades para conseguir trabajo se han presentado principalmente en entidades _____?	Públicas	1	<input type="checkbox"/>
		Privadas	2	<input type="checkbox"/>
		En públicas y privadas por igual	3	<input type="checkbox"/>
1319.	En general ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibe algún tipo de ingreso monetario? Encuestador(a): Excluya los ingresos provenientes del trabajo	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 1321
1320.	¿Cuál o cuáles son las fuentes de estos ingresos que recibe (nombre de la persona con discapacidad)?	a. Pensión		<input type="checkbox"/>
		b. Herencia		<input type="checkbox"/>
		c. Subsidio		<input type="checkbox"/>
		d. Rentas de un negocio propio/emprendimiento propio		<input type="checkbox"/>
		e. Otras rentas		<input type="checkbox"/>
		f. Donaciones		<input type="checkbox"/>
		g. Transferencias		<input type="checkbox"/>
		h. Organización solidaria		<input type="checkbox"/>
		i. Otra ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/>
1321.	Encuestador(a): Revise pregunta 1320d. Si tiene un negocio o emprendimiento aplique esta pregunta. De	Si	1	<input type="checkbox"/>

	lo contrario pase a pregunta 1325 ¿Para este emprendimiento (nombre de la persona con discapacidad) ha recibido alguna asesoría, acompañamiento, apoyo económico o capacitación nacional o internacional?	No	2 <input type="checkbox"/>
1322.	¿Para este negocio o emprendimiento, accedió a recursos de _____?	a. Fondo emprender b. INNpuls c. Cooperación d. MinComercio e. Fontur f. Otro ¿Cuál? _____ Ninguno	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
1323.	¿En qué año se dio la creación de este negocio o emprendimiento?	_ _ _ _ _	
1324.	¿Está registrado este negocio o emprendimiento en la Cámara de Comercio?	Si No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1325.	¿Pertenece (nombre de la persona con discapacidad) a alguna asociación u organización solidaria (por ejemplo, cooperativas, fundaciones, mutual, asociaciones, entre otros) que genere ingresos productivos?	Si No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>

5. 1. ACCESIBILIDAD

1501.	(Nombre de la persona con discapacidad) ha tenido acceso a: Encuestador(a): Si todas las opciones de respuesta son No pase a 1504	a. Dispositivos como teléfonos celulares "inteligentes", tabletas o computadoras, grabadoras de sonido y video. b. Equipos o dispositivos electrónicos como impresoras braille, telulupas, renglón braille, tableros digitales, señaladores táctiles. c. Software o aplicaciones especializadas para personas con discapacidad como lectores de pantalla, magnificadores de pantalla, inteligencia artificial, aplicaciones para facilitar la comunicación o la lectura y escritura de textos. d. Programas o servicios del Estado como CONVERTIC (jaws, zoomtec) o el centro de relevo e. Otro, ¿cuál? _____	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
1502.	¿Dónde los utiliza?	a. En su casa b. En su trabajo c. En su establecimiento educativo d. En otro lugar, ¿cuál? No los utiliza	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> → 1504
1503.	Califique en una escala de 1 a 3 en qué medida le han facilitado la vida, donde 1 es nada y 3 es mucho	Nada 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Mucho	

5. 2. AJUSTES RAZONABLES

1504.	Califique en una escala de 1 a 3, donde 1 es inadecuados, 2 aceptables y 3 muy adecuados, ¿en qué medida los espacios, mobiliario (muebles), baños, puertas y pasillos de la vivienda donde habita actualmente (nombre de la persona con discapacidad), son adecuados para que pueda movilizarse y habitarla sin dificultades?	Inadecuado Aceptables Muy adecuado	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1505.	¿En los últimos 6 años se hicieron algunas adecuaciones en su vivienda actual para mejorar la accesibilidad de (nombre de la persona con discapacidad)?	Si No	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>
1506.	¿En los últimos 6 años, en las zonas comunes de su barrio o lugares que usted frecuenta se han hecho adecuaciones para facilitar la movilidad de las personas con discapacidad (por ejemplo, rampas, apoyamanos, ascensores, señalética sencilla y accesible, pisos táctiles, señales sonoras, etc.)?	Si No NS/NR	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
1507.	¿En los últimos 6 años, se han hecho adecuaciones en el transporte que utiliza (nombre de la persona con discapacidad) para la accesibilidad para personas con discapacidad (rampas, puertas amplias, cinturones de seguridad para sujetas sillas de ruedas, señalética sencilla y accesible, señales sonoras, etc.)?	Si No No utiliza transporte	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

1508.	En una escala de 1 a 3, donde 1 es inadecuados 2 aceptables y 3 muy adecuado ¿Qué tan adecuado es para (nombre de la persona con discapacidad) el transporte que utiliza?	Inadecuado	1	<input type="checkbox"/>
		Aceptables	2	<input type="checkbox"/>
		Muy adecuado	3	<input type="checkbox"/>

8. BARRERAS U OBSTÁCULOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

👉 **Encuestador(a):** Realice las preguntas si la persona con discapacidad **no** es menor o igual de 12 años o si la persona con discapacidad responde directamente la encuesta **(pregunta 1103 igual a 2)**.

BARRERAS COMUNICATIVAS

1801. ¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que _____?

Discapacidad física: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.

Discapacidad auditiva: las personas no se preocupan de que usted entienda lo que dicen, las personas oyentes hacen muecas, exageran la vocalización o lo gritan, no cuenta con intérprete de lenguaje de señas, en caso de requerirlo, sus audífonos, si los requiere, no estaban funcionando bien, las personas no se dirigen a usted sino a su acompañante y le es difícil leerle los labios.”

Discapacidad visual: las personas no se identifican previamente cuando se van a comunicar con usted.

Discapacidad intelectual o cognitiva: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones, hablan con el acompañante, invisibilizando a la persona con discapacidad.

Discapacidad mental /psicosocial: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.

Discapacidad sordoceguera: no recibe la suficiente información acerca de la situación en la que va a interactuar o con quienes va a hacerlo no cuenta con guía intérprete.

👉 **Encuestador(a):** Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

1802. ¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que no existen los apoyos necesarios para que usted pueda comunicarse efectivamente, es decir que lo entiendan y que usted entienda la información que le **están suministrando dando,** _____?

Discapacidad física: las personas adoptan posturas forzadas al relacionarse o cuando conversan con usted.

Discapacidad auditiva: **no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta,** las personas no dan respuestas claras cuando usted realiza preguntas como: ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo?, **las personas le gritan pensando que así puede escucharles.** En reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.

Discapacidad visual: las personas utilizan gestos y señalan con las manos para comunicarse y no puede verlos o utilizan expresiones indefinidas como “allí”, “por aquí” que carecen de sentido para la persona con discapacidad visual.

Discapacidad intelectual o cognitiva: las personas no hablan de manera sencilla y natural con usted, a veces no le explican que va a suceder y para qué quieren hablar con usted, o le hablan al acompañante y no a usted.

Discapacidad mental/psicosocial: No le informan sobre lo que va a suceder y sobre las tareas que van a realizar con anticipación. Las personas no utilizan lenguaje claro.

Discapacidad sordoceguera: no cuenta con guía intérprete, en reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.

👉 **Encuestador(a):** Lea las opciones de respuesta **diferentes** a las registradas en la pregunta 1801.

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

1803. ¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) no contó con información porque _____?

Discapacidad física: es difícil alcanzar a ver los avisos y otros tipos de señales donde hay información, los módulos de atención son muy altos y no permiten contacto visual o escuchar adecuadamente

Discapacidad auditiva: no contó con un intérprete de lengua de **señas en caso de requerirlo, sus audífonos, si los requiere, no estaban funcionando bien**, presentan videos que no tienen subtítulos o intérprete de lenguaje de señas.

Discapacidad visual: los folletos o documentos tienen de letra pequeña y no cuentan con versiones del material con letra grande o en Braille o no existen folletos accesibles o lectores de pantalla.

Discapacidad intelectual o cognitiva: no se tiene acceso a carteles o documentos claros, sencillos que se pueden comprender sin esfuerzo, no usan pictogramas y cuadernillos de comunicación para facilitar la comunicación con usted

Discapacidad mental/psicosocial: no acompañan las palabras con imágenes. No le informan sobre lo que va a suceder y sobre las tareas que van a realizar con anticipación.

Discapacidad sordoceguera: los folletos o documentos tienen letra pequeña y no cuentan con versiones del material con letra grande o con versiones en Braille, o no cuenta con apoyos para obtener la información adecuada (guía intérprete)

Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta **1801. y 1802**

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

BARRERAS FÍSICAS

1804. ¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) encuentra obstáculos para poder ingresar o movilizarse de una forma efectiva porque _____?

Discapacidad física: existen escalones y curvas que le bloquean la entrada a los edificios, existen andenes muy altos sin rampas que le impiden su uso, los materiales que requiere para estudiar, trabajar o hacer deporte no están al alcance físico. No puede acceder a servicios básicos como cajeros automáticos, teléfonos públicos, ventanillas de atención, estantes, mostradores y elementos indispensables para la vida cotidiana.

Discapacidad auditiva: hay obstáculos que impiden la comunicación, el lugar es oscuro y es difícil ver con claridad el rostro del interlocutor-a para captar la información de forma visual, o las pantallas, que contienen información, brillan.

Discapacidad visual: la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.

No hay pasos peatonales con señales acústicas en su ciudad.

Discapacidad intelectual o cognitiva: no existen apoyos o señalética para saber con claridad donde se encuentra y hacia donde debe dirigirse para poder movilizarse libremente, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.

Discapacidad mental/psicosocial: los espacios son desordenados, hay ruidos y otras distracciones que hace difícil mantener la atención.

Discapacidad sordoceguera: la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.

Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) se siente incómodo cuando entra y se mueve porque _____?

Discapacidad física: el terreno por donde tiene que pasar es irregular, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad. No puede usar algunos espacios, los equipos de diagnóstico en salud no están ajustados a su limitación, los juegos no están adaptados y no los puede usar.

Discapacidad auditiva: no existen señales que lo ayuden a ubicarse en el espacio, no existen computadores, pizarras, libretas para escribir u otras ayudas técnicas para facilitar la comunicación.

Discapacidad visual: existen objetos que obstaculizan en las zonas de paso: sillas, cajones abiertos, carros de limpieza, etc. No hay señalización física o guías para eludir los obstáculos en los pasillos,

Discapacidad intelectual o cognitiva: la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.

1805. Discapacidad mental/psicosocial: los espacios muy ruidosos y le afecta el ruido. Los espacios son muy luminosos y no tolera la luminosidad. Los materiales, herramientas, etc., no están diferenciados utilizando códigos simples como colores, formas, etc.

Discapacidad sordoceguera: existen objetos que obstaculizan en las zonas de paso: sillas, cajones abiertos, carros de limpieza, etc. No hay señalización física o guías para eludir los obstáculos en los pasillos, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.

Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta 1804

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

BARRERAS ACTITUDINALES

¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas **no** lo tratan bien porque _____?

Discapacidad física: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, las personas lo-a evitan, no aminoran el ritmo al desplazarse ni se acomodan a la velocidad que pueda seguir la persona con discapacidad

Discapacidad auditiva: no se preocupan de que usted entienda lo que dicen, percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, lo-a evitan y se siente discriminado-a, a veces le gritan pensando que así puede escucharles o hacen muecas y exageran la vocalización hasta el extremo

Discapacidad visual: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan pensando que así puede entenderles, cambian sin avisar el orden establecido en el mobiliario o la disposición de elementos que estableció para saber a dónde dirigirse, sin avisarle

Discapacidad intelectual o cognitiva: se comunican con su acompañante, y no lo toman en cuenta para la toma de decisiones, percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, no lo tratan de acuerdo con su capacidad intelectual, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan cuando creen que usted no entiende. No cuenta con apoyo constante para realizar la actividad

Discapacidad mental/psicosocial: se comunican con su acompañante, y no lo toman en cuenta para la toma de decisiones, no tienen credibilidad en usted. Percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta.


Discapacidad sordoceguera: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, o lo tratan de acuerdo con su capacidad intelectual, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan cuando creen que usted no entiende. No cuenta con apoyo constante para realizar la actividad.

1806. **Encuestador(a):** Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.

a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>

	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
1807.	<p>¿En qué lugar (nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas no toman en cuenta su opinión porque ____?</p> <p><u>Discapacidad física</u>: las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad auditiva</u>: las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad visual</u>: las personas con las que comparte en los diferentes espacios cambian la posición en la que ha dejado sus objetos, sin avisarle, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva</u>: las personas con las que comparte en los diferentes espacios, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial</u>: las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera</u>: Las personas con las que comparte en los diferentes espacios cambian la posición en la que ha dejado sus objetos, sin avisarle, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p>Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta 1806.</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
1808.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) puede ser independiente y responsable de sus acciones en el lugar donde vive?		Sí	1 <input type="checkbox"/>
			No	2 <input type="checkbox"/>

MODULO II HOGAR Y VIVIENDA				
1. COMPOSICIÓN DEL HOGAR DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD				
2101.	¿Cuántas personas conforman su hogar (incluyéndose usted mismo)?			_ _ _
2102.	De las personas del hogar ¿Cuántas son ____?		1. Menores de 6 años	_ _ _
	Entrevistador : Si el hogar cuenta con miembros entre 6 y 17 años pase a la pregunta 2103 , en caso contrario pase a la pregunta 2104		2. De 6 a 17 años	_ _ _
			3. De 18 a 28 años	_ _ _
			4. De 29 a 65 años	_ _ _
			5. Mayores de 65 años	_ _ _
2103.	Antes de la pandemia del COVID 19 ¿Todos los niños entre los 6 y 12 años asistían al preescolar o escuela?		Al menos un niño entre 6 y 17 años no asistía	1 <input type="checkbox"/>
			Todos los niños entre 6 y 17 años asistían	2 <input type="checkbox"/>
2104.	¿Cuál es el parentesco de (Nombre de la persona con discapacidad seleccionada) con el jefe del hogar?		Jefe(a) del hogar	1 <input type="checkbox"/>
			Compañero(a)/cónyuge	2 <input type="checkbox"/>
			Hijo(a)	3 <input type="checkbox"/>
			Nuera/yerno	4 <input type="checkbox"/>
		Nieto(a)	5 <input type="checkbox"/>	
		Padre/madre	6 <input type="checkbox"/>	
		Suegro(a)	7 <input type="checkbox"/>	
		Hermano(a)	8 <input type="checkbox"/>	

		Cuñado(a)	9 <input type="checkbox"/>	Hijo(a) no biológico	10 <input type="checkbox"/>
		Primo(a)	11 <input type="checkbox"/>	Otro familiar	12 <input type="checkbox"/>
		No pariente	13 <input type="checkbox"/>		
2105.	¿Cuál es el máximo nivel de estudios alcanzado por (Nombre de la persona con discapacidad seleccionada)?	Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	Preescolar	2 <input type="checkbox"/>
		Primaria incompleta	3 <input type="checkbox"/>	Primaria completa	4 <input type="checkbox"/>
		Secundaria incompleta	5 <input type="checkbox"/>	Secundaria completa	6 <input type="checkbox"/>
		Técnico/tecnológico incompleto	7 <input type="checkbox"/>	Técnico/tecnológico completo	8 <input type="checkbox"/>
		Universitaria incompleta	9 <input type="checkbox"/>	Universitaria completa	10 <input type="checkbox"/>
		Posgrado incompleto	11 <input type="checkbox"/>	Posgrado completo	12 <input type="checkbox"/>
2106.	 Encuestador(a): En caso que el nivel educativo de la persona con discapacidad sea menor a universitario o posgrado ¿Algún miembro de este hogar alcanzó un nivel educativo superior o universitario?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/>		
2107.	¿Cuántas personas trabajan de su hogar?		<input type="text"/>	0 <input type="checkbox"/> → 2110	
2108.	¿Algún miembro de este hogar tiene un trabajo con un contrato escrito?	Sí	1 <input type="checkbox"/>		
		No	2 <input type="checkbox"/>		
2109.	De las personas del hogar que trabajan ¿Cuántas son _____?	1. Obreros o empleados de empresa privada		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		2. Obreros o empleados de gobierno		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		3. Empleados domésticos		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		4. Trabajadores por cuenta propia		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		5. Patrones o empleadores		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		6. Trabajadores familiares sin remuneración		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		7. Trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		8. Jornaleros o peones		<input type="text"/>	<input type="text"/>
2110.	1. Adicional a (Nombre de la persona con discapacidad seleccionada) ¿En el hogar hay más personas con discapacidad?	Sí	1 <input type="checkbox"/> →	2. ¿Cuántas?	<input type="text"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>		
2111.	¿(Nombre de la persona con discapacidad seleccionada) tiene una dependencia funcional y necesita de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades corrientes de la vida diaria como alimentarse, bañarse, vestirse y demás actividades referentes al cuidado personal.	Sí	1 <input type="checkbox"/> → (Aplica Módulo III) y pase a 2201		
		No	2 <input type="checkbox"/>		
2112.	¿(Nombre de la persona con discapacidad seleccionada) cuenta con algún cuidador(a) principal y que pasa la mayor parte del tiempo cuidándolo?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → (Aplica Módulo III) y pase a 2201		
		No	2 <input type="checkbox"/> → (No aplica Módulo III) y pase a 2201		

2. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

2201.	Según el recibo de energía eléctrica ¿Cuál es el estrato de la vivienda?	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7.Sin estrato <input type="checkbox"/> 99. NS <input type="checkbox"/>	
2202.	¿Cuál es el material predominante de los pisos de esta vivienda?	Tierra o arena	1 <input type="checkbox"/>
		Cemento o gravilla	2 <input type="checkbox"/>
		Madera burda, tabla, tablón, otro vegetal	3 <input type="checkbox"/>
		Baldosín, ladrillo, vinisol, otros materiales sintéticos	4 <input type="checkbox"/>
		Mármol, madera pulida, alfombra o tapete de pared a pared	5 <input type="checkbox"/>
2203.	Incluyendo sala y comedor ¿de cuántos cuartos o piezas, dispone este hogar de manera exclusiva? (excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocios)	<input type="text"/>	
2204.	¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?	<input type="text"/>	
2205.	El hogar posee:	a. Máquina lavadora de ropa	Sí 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

		b. Horno microondas	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Carro particular	Sí 1 <input type="checkbox"/>	No 2 <input type="checkbox"/>

MÓDULO III. CUIDADOR(A) DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD					
1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR(A)					
👉 Encuestador(a): Verifique o confirme la siguiente información del cuidador o cuidadora de la persona con discapacidad					
3101.	Nombre del cuidador				
3102.	¿Cuál es su sexo?	Hombre 1 <input type="checkbox"/>	Mujer 2 <input type="checkbox"/>	Intersexual 3 <input type="checkbox"/>	
3103.	¿Cuál es su edad (en años cumplidos)?	_ _			
3104.	¿Cuál es su parentesco con el jefe del hogar?	Jefe(a) del hogar	1 <input type="checkbox"/>	Compañero(a)/cónyuge	2 <input type="checkbox"/>
		Hijo(a)	3 <input type="checkbox"/>	Nuera/yerno	4 <input type="checkbox"/>
		Nieto(a)	5 <input type="checkbox"/>	Padre/madre	6 <input type="checkbox"/>
		Suegro(a)	7 <input type="checkbox"/>	Hermano(a)	8 <input type="checkbox"/>
		Cuñado(a)	9 <input type="checkbox"/>	Hijo(a) no biológico	10 <input type="checkbox"/>
		Primo(a)	11 <input type="checkbox"/>	Otro familiar	12 <input type="checkbox"/>
		No pariente	13 <input type="checkbox"/>		
3105.	👉 <i>Entrevistador:</i> Si la persona con discapacidad es jefe de hogar en 2104 , pase a pregunta 3106 . ¿Cuál es su parentesco con (nombre de la persona con discapacidad)?	Padre	1 <input type="checkbox"/>	Madre	2 <input type="checkbox"/>
		Pareja/cónyuge	3 <input type="checkbox"/>	Hijo	4 <input type="checkbox"/>
		Nieto/bisnieto	5 <input type="checkbox"/>	Hermano(a)	6 <input type="checkbox"/>
		Primo(a)	7 <input type="checkbox"/>	Abuelo(a)	8 <input type="checkbox"/>
		Tío(a)	9 <input type="checkbox"/>	Otra persona del hogar	10 <input type="checkbox"/>
		Cuidador familiar que no pertenece al hogar	11 <input type="checkbox"/>	Cuidador no familiar que no pertenece al hogar	12 <input type="checkbox"/>
3106.	👉 <i>Entrevistador:</i> Aplique la pregunta solo si el cuidador no es el jefe de hogar o cónyuge del jefe de hogar. ¿Cuál es su máximo nivel de estudios alcanzado?	Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	Preescolar	2 <input type="checkbox"/>
		Primaria incompleta	3 <input type="checkbox"/>	Primaria completa	4 <input type="checkbox"/>
		Secundaria incompleta	5 <input type="checkbox"/>	Secundaria completa	6 <input type="checkbox"/>
		Técnico/tecnológico incompleto	7 <input type="checkbox"/>	Técnico/tecnológico completo	8 <input type="checkbox"/>
		Universitaria incompleta	9 <input type="checkbox"/>	Universitaria completa	10 <input type="checkbox"/>
		Posgrado incompleto	11 <input type="checkbox"/>	Posgrado completo	12 <input type="checkbox"/>
3107.	En total ¿Desde hace cuánto tiempo es cuidador(a) de (nombre de la persona con discapacidad)?	Días 1. <input type="checkbox"/> Meses 2. <input type="checkbox"/> Años 3. <input type="checkbox"/>			
3108.	¿Actualmente tiene personas a su cargo que dependan económicamente de usted?	Sí	1 <input type="checkbox"/> →	¿Cuántas? _ _	
		No	2 <input type="checkbox"/>		
		NA	3 <input type="checkbox"/>		
3109.	¿Por su actividad como cuidador(a) de (nombre de la persona con discapacidad), recibe algún pago monetario o en especie?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	No	2 <input type="checkbox"/>
3110.	Además de (nombre de la persona con discapacidad) ¿Está a cargo del cuidado de otra persona con discapacidad?	Sí	1 <input type="checkbox"/> →	¿Cuántas? _ _	
		No	2 <input type="checkbox"/>		
3111.	Después de su labor como cuidador/a, ¿Realizó una segunda actividad la semana del domingo 8 de marzo al sábado 14 de marzo? Semana anterior al inicio de la cuarentena obligatoria:	Sí	1 <input type="checkbox"/>	No tiene una segunda actividad	2 <input type="checkbox"/> → 3118
3112.	¿Cuál es la segunda actividad donde ocupó más tiempo la semana del domingo 8 de marzo al sábado 14 de marzo? 👉 <i>Entrevistador:</i> Espere respuesta	Trabajando	1 <input type="checkbox"/>		
		Buscando trabajo	2 <input type="checkbox"/>		
		Estudiando	3 <input type="checkbox"/>		
		Oficios del hogar	4 <input type="checkbox"/>		
		Incapacitado permanente para trabajar	5 <input type="checkbox"/>		
		Pensionado o jubilado	6 <input type="checkbox"/>		
		Vivió de la renta	7 <input type="checkbox"/>		
		Otra actividad	8 <input type="checkbox"/>		
3113.	👉 <i>Entrevistador:</i> Aplicar pregunta si en 3112 la actividad es 1	Obrero o empleado de empresa privada	1 <input type="checkbox"/>		

	(Trabajando). ¿En ese trabajo es?	Obrero o empleado de gobierno	2	<input type="checkbox"/>
		Empleado doméstico	3	<input type="checkbox"/>
		Trabajador por cuenta propia	4	<input type="checkbox"/>
		Patrón o empleador	5	<input type="checkbox"/>
		Trabajador familiar sin remuneración	6	<input type="checkbox"/>
		Trabajador sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	7	<input type="checkbox"/>
		Jornalero o peón	8	<input type="checkbox"/>
3114.	¿Cuántas horas al día en promedio le dedica a la segunda actividad?	_ _ _		
3115.	¿Esta actividad la realiza en su casa o en otro lugar?	En la casa	1	<input type="checkbox"/>
		Fuera de la casa	2	<input type="checkbox"/>
3116.	¿Recibe algún ingreso por esta segunda actividad?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
3117.	¿En general recibe algún tipo de ingreso adicional al de la actividad como cuidador y adicional al ingreso de la segunda actividad?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
3118.	¿De los siguientes días de la semana cuantas horas dedica cada día al cuidado de (nombre de la persona con discapacidad)?	Lunes	_	_
		Martes	_	_
		Miércoles	_	_
		Jueves	_	_
		Viernes	_	_
		Sábado	_	_
		Domingo	_	_
2. CONDICIONES DE SALUD, HABILIDADES Y CAPACIDADES DEL CUIDADOR(A)				
3201.	¿Está afiliado, es cotizante o es beneficiario de alguna entidad de seguridad social en salud (Entidad Promotora de Salud - EPS – del régimen contributivo o subsidiado – EPS-S-ARS)	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
3202.	En general, su estado de salud es:	Malo	1	<input type="checkbox"/>
		Regular	2	<input type="checkbox"/>
		Bueno	3	<input type="checkbox"/>
3203.	¿(Nombre del cuidador) presenta algún tipo de discapacidad_____?	a. Física		<input type="checkbox"/>
		b. Auditiva		<input type="checkbox"/>
		c. Visual		<input type="checkbox"/>
		d. Mental/psicosocial		<input type="checkbox"/>
		e. Intelectual/cognitiva		<input type="checkbox"/>
		f. Sordo ceguera		<input type="checkbox"/>
		g. Múltiple		<input type="checkbox"/>
Ninguna	1	<input type="checkbox"/>		
3204.	¿Su actividad de cuidador le ha traído problemas de salud (por ejemplo, lesiones musculares, cansancio fatiga, estrés, depresión, alteraciones de sueño, entre otras)?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 3206
3205.	Durante los últimos seis meses, ¿ha consultado a un profesional de la salud por alguno de esos problemas de salud?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
3206.	Por sus actividades de cuidador, ¿ha recibido información sobre auto-cuidado?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/>
3207.	Para el cuidado de la persona con discapacidad a su cargo, ¿requiere algún conocimiento o destreza específica que le permita desempeñar mejor su actividad de cuidado?	Si	1	<input type="checkbox"/>
		No	2	<input type="checkbox"/> → 3209

3208.	Para el desarrollo de su actividad como cuidador(a), ¿considera que sus conocimientos/destrezas son las adecuadas?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
3209.	¿Recibe o ha recibido algún tipo de formación para el cuidado de personas con discapacidad?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

3. BARRERAS U OBSTÁCULOS PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

👉 **Encuestador(a):** Realice las preguntas si la persona con discapacidad es menor o igual de 12 años o si la persona con discapacidad no responde directamente la encuesta (**pregunta 1103 igual 1**).

BARRERAS COMUNICATIVAS

3301.	¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que _____?		
	Discapacidad física: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.		
	Discapacidad auditiva: las personas no se preocupan de que usted entienda lo que dicen, las personas oyentes hacen muecas, exageran la vocalización o lo gritan, no cuenta con intérprete de lenguaje de señas, en caso de requerirlo, sus audífonos, si los requiere, no estaban funcionando bien, las personas no se dirigen a usted sino a su acompañante y le es difícil leerle los labios."		
	Discapacidad visual: las personas no se identifican previamente cuando se van a comunicar con usted.		
	Discapacidad intelectual o cognitiva: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones, hablan con el acompañante, invisibilizando a la persona con discapacidad.		
3302.	Discapacidad mental /psicosocial: las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.		
	Discapacidad sordoceguera: no recibe la suficiente información acerca de la situación en la que va a interactuar o con quienes va a hacerlo no cuenta con guía intérprete.		
	👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.		
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.) <input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita <input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras) <input type="checkbox"/>	
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
3302.	¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que no existen los apoyos necesarios para que pueda comunicarse efectivamente, es decir que lo entiendan y que (nombre de la persona con discapacidad) entienda la información que le están suministrando, _____?		
	Discapacidad física: las personas adoptan posturas forzadas al relacionarse o cuando conversan con usted.		
	Discapacidad auditiva: no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, las personas no dan respuestas claras cuando usted realiza preguntas como: ¿Quién? ¿Qué? ¿Cómo? las personas le gritan pensando que así puede escucharles. En reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.		
	Discapacidad visual: las personas utilizan gestos y señalan con las manos para comunicarse y no puede verlos o utilizan expresiones indefinidas como "allí", "por aquí" que carecen de sentido para la persona con discapacidad visual.		
	Discapacidad intelectual o cognitiva: las personas no hablan de manera sencilla y natural con usted, a veces no le explican que va a suceder y para qué quieren hablar con usted, o le hablan al acompañante y no a usted.		
3302.	Discapacidad mental/psicosocial: No le informan sobre lo que va a suceder y sobre las tareas que van a realizar con anticipación. Las personas no utilizan lenguaje claro.		
	Discapacidad sordoceguera: no cuenta con guía intérprete, en reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.		
	👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta 3301.		
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.) <input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita <input type="checkbox"/>
c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras) <input type="checkbox"/>	
d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

3303.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) no contó con información porque _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> es difícil alcanzar a ver los avisos y otros tipos de señales donde hay información, los módulos de atención son muy altos y no permiten contacto visual o escuchar adecuadamente</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> no contó con un intérprete de lengua de señas en caso de requerirlo, sus audífonos, si los requiere, no estaban funcionando bien, presentan videos que no tienen subtítulos o intérprete de lenguaje de señas.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> los folletos o documentos tienen de letra pequeña y no cuentan con versiones del material con letra grande o en Braille o no existen folletos accesibles o lectores de pantalla.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> no se tiene acceso a carteles o documentos claros, sencillos que se pueden comprender sin esfuerzo, no usan pictogramas y cuadernillos de comunicación para facilitar la comunicación con usted</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial:</u> no acompañan las palabras con imágenes. No le informan sobre lo que va a suceder y sobre las tareas que van a realizar con anticipación.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> los folletos o documentos tienen letra pequeña y no cuentan con versiones del material con letra grande o con versiones en Braille, o no cuenta con apoyos para obtener la información adecuada (guía intérprete)</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta <u>diferentes</u> a las registradas en la pregunta 3301. y 3302</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
BARRERAS FÍSICAS				
3304.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) encuentra obstáculos para poder ingresar o movilizarse de una forma efectiva porque _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> Existen escalones y curvas que le bloquean la entrada a los edificios, existen andenes muy altos sin rampas que le impiden su uso, los materiales que requiere para estudiar, trabajar o hacer deporte no están al alcance físico. No puede acceder a servicios básicos como cajeros automáticos, teléfonos públicos, ventanillas de atención, estantes, mostradores y elementos indispensables para la vida cotidiana.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> Hay obstáculos que impiden la comunicación, el lugar es oscuro y es difícil ver con claridad el rostro del interlocutor-a para captar la información de forma visual, o las pantallas, que contienen información, brillan.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad. No hay pasos peatonales con señales acústicas en su ciudad.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> no existen apoyos o señalética para saber con claridad donde se encuentra y hacia donde debe dirigirse para poder movilizarse libremente, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial:</u> los espacios son desordenados, hay ruidos y otras distracciones que hace difícil mantener la atención.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		

3305.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) se siente incómodo cuando entra y se mueve porque _____?</p> <p><u>Discapacidad física</u>: el terreno por donde tiene que pasar es irregular, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad. No puede usar algunos espacios, los equipos de diagnóstico en salud no están ajustados a su limitación, los juegos no están adaptados y no los puede usar.</p> <p><u>Discapacidad auditiva</u>: no existen señales que lo ayuden a ubicarse en el espacio, no existen computadores, pizarras, libretas para escribir u otras ayudas técnicas para facilitar la comunicación.</p> <p><u>Discapacidad visual</u>: existen objetos que obstaculizan en las zonas de paso: sillas, cajones abiertos, carros de limpieza, etc. No hay señalización física o guías para eludir los obstáculos en los pasillos,</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva</u>: la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial</u>: los espacios muy ruidosos y le afecta el ruido. Los espacios son muy luminosos y no tolera la luminosidad. Los materiales, herramientas, etc., no están diferenciados utilizando códigos simples como colores, formas, etc.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera</u>: existen objetos que obstaculizan en las zonas de paso: sillas, cajones abiertos, carros de limpieza, etc. No hay señalización física o guías para eludir los obstáculos en los pasillos, la única manera de vencer los obstáculos para pasar de un lugar a otro es acudir a personas sin discapacidad.</p> <p>Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta <u>diferentes</u> a las registradas en la pregunta 3304</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
BARRERAS ACTITUDINALES				
3306.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas no lo tratan bien porque _____?</p> <p><u>Discapacidad física</u>: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, las personas lo-a evitan, no aminoran el ritmo al desplazarse ni se acomodan a la velocidad que pueda seguir la persona con discapacidad</p> <p><u>Discapacidad auditiva</u>: no se preocupan de que usted entienda lo que dicen, percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, lo-a evitan y se siente discriminado-a, a veces le gritan pensando que así puede escucharles o hacen muecas y exageran la vocalización hasta el extremo</p> <p><u>Discapacidad visual</u>: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan pensando que así puede entenderles, cambian sin avisar el orden establecido en el mobiliario o la disposición de elementos que estableció para saber a dónde dirigirse, sin avisarle</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva</u>: se comunican con su acompañante, y no lo toman en cuenta para la toma de decisiones, percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, no lo tratan de acuerdo con su capacidad intelectual, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan cuando creen que usted no entiende. No cuenta con apoyo constante para realizar la actividad</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial</u>: se comunican con su acompañante, y no lo toman en cuenta para la toma de decisiones, no tienen credibilidad en usted. Percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera</u>: percibe indiferencia, intolerancia, falta de generosidad, no recibe respuestas oportunas cuando hace alguna pregunta, o lo tratan de acuerdo con su capacidad intelectual, lo-a evitan y se siente discriminado-a, le gritan cuando creen que usted no entiende. No cuenta con apoyo constante para realizar la actividad.</p> <p>Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta y registre todas las que apliquen.</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura	<input type="checkbox"/>		

	(parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)			
3307.	<p>¿En qué lugar (nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas no toman en cuenta su opinión porque ____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> las personas con las que comparte en los diferentes espacios cambian la posición en la que ha dejado sus objetos, sin avisarle, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> las personas con las que comparte en los diferentes espacios, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial:</u> las personas con las que comparte en los diferentes espacios no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> Las personas con las que comparte en los diferentes espacios cambian la posición en la que ha dejado sus objetos, sin avisarle, no lo tratan bien, no toman en cuenta su opinión, no le involucran en las actividades y no consideran que puede tomar sus propias decisiones, que puede ser independiente y responsable de sus acciones.</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta <u>diferentes</u> a las registradas en la pregunta 3306.</p>			
	a. Lugar de estudio	<input type="checkbox"/>	e. En el espacio público (calle, iglesias, centros comerciales, zonas comunitarias, etc.)	<input type="checkbox"/>
	b. Lugar de trabajo	<input type="checkbox"/>	f. En el hogar, la casa o el lugar donde habita	<input type="checkbox"/>
	c. Lugar de atención en salud	<input type="checkbox"/>	Ninguno de los anteriores (no hay barreras)	1 <input type="checkbox"/>
	d. Lugares donde participa en recreación, deporte y cultura (parques, cine, bibliotecas, teatro, escuelas deportivas, etc.)	<input type="checkbox"/>		
3308.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) puede ser independiente y responsable de sus acciones en el lugar donde vive?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	

👉 **Encuestador(a):** Revise pregunta ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.2. ¿Presenta alguna alteración desde hace 6 años o más? En caso afirmativo aplique preguntas **3309, 3310 y 3311**.

3309.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que la atención en educación para las personas con discapacidad ha ____?	Empeorado	1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal	2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien	3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe/No responde	5 <input type="checkbox"/>
3310.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que las oportunidades laborales para las personas con discapacidad han ____?	Empeorado	1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal	2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien	3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe/No responde	5 <input type="checkbox"/>
3311.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que la atención en salud para las personas con discapacidad ha ____?	Empeorado	1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal	2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien	3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe/No responde	5 <input type="checkbox"/>

4. REDES DE APOYO DEL CUIDADOR(A)			
3401.	¿Cuenta con personas, organizaciones o instituciones a las cuales pueda recurrir por ayuda en caso de que lo requiera para su ocupación de cuidador/a?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 3501
3402.	¿Con cuáles de las siguientes redes de apoyo cuenta?:	a. Familiar (parientes)	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		b. Personas de la comunidad o amigos	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		c. Terapeutas, personas del sector salud o de la comunidad de cuidadores	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
		f. Institucional (como entidades o programas públicos, centros respiro entre otros)	Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
5. PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD			
3501.	¿Conoce de organizaciones sociales de personas con discapacidad o para personas con discapacidad? (asociaciones, fundaciones, etc.)		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 3601
3502.	¿Es miembro de alguna de estas organizaciones sociales de personas con discapacidad y para personas con discapacidad? (asociaciones, fundaciones, etc.)		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>
3503.	¿Conoce de la existencia de los comités de discapacidad a nivel local, municipal, distrital, departamental o nacional/consejo nacional de discapacidad?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/> → 3601
3504.	¿Es miembro de alguno de estos comités?:	a. Comité local de discapacidad	<input type="checkbox"/>
		b. Comité municipal de discapacidad	<input type="checkbox"/>
		c. Comité departamental o distrital de discapacidad	<input type="checkbox"/>
		d. Comité nacional	<input type="checkbox"/>
		e. Otro comité	<input type="checkbox"/>
		Ninguna	1 <input type="checkbox"/> → 3601
3505.	¿Es el representante de discapacidad en este espacio?		Si 1 <input type="checkbox"/> No 2 <input type="checkbox"/>

6. PREGUNTAS SOBRE INTERDICCIÓN			
3601.	<p>Entrevistador: Aplicar pregunta para personas con discapacidad de 18 años o más. En los últimos dos años ¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) ha tenido, por ejemplo, que firmar algún contrato de arriendo, o firmar algún documento en una notaría o ha tenido que dar su consentimiento para un procedimiento médico ordenado por la entidad de salud, o decidir sobre alguna suma de dinero o sobre un bien de su propiedad etc.)?</p>		Si 1 <input type="checkbox"/>
			No 2 <input type="checkbox"/> → 3605
3602.	¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) firmó directamente o dio su consentimiento autónomamente?		Si 1 <input type="checkbox"/> → Terminar módulo
			No 2 <input type="checkbox"/>
3603.	¿Por cuáles de las siguientes razones no firmó directamente o dio consentimiento autónomamente?	a. Porque no le fue posible acceder al sitio para firmar	<input type="checkbox"/>
		b. Porque no le es posible firmar un documento por un problema de sus miembros superiores	<input type="checkbox"/>
		c. Porque legalmente no se le permite	<input type="checkbox"/>
		d. Por otra razón ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>
3604.	¿Algún familiar firmó o autorizó por (nombre de la persona con discapacidad seleccionada)?		Si 1 <input type="checkbox"/>
			No 2 <input type="checkbox"/>
3605.	En algún momento ¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) fue declarada como interdicta (se realizó gestiones para que por ejemplo la persona con discapacidad no pueda decidir autónomamente sobre temas de procedimientos de salud, firmas de contratos, o manejo de dinero, etc.)?		Si 1 <input type="checkbox"/>
			No 2 <input type="checkbox"/> → Terminar módulo

3606.	¿Desde cuándo (nombre de la persona con discapacidad seleccionada) fue declarada como interdicta?	Antes de 2014	1 <input type="checkbox"/>
		En el 2014	2 <input type="checkbox"/>
		Después del 2014	3 <input type="checkbox"/>

MÓDULO IV PARA FAMILIAR PERSONA CON DISCAPACIDAD

Encuestador(a): Aplique este módulo a la persona que quedó seleccionada en el Módulo I

1. INFORMACIÓN DEL FAMILIAR

Encuestador(a): Verifique o confirme la siguiente información del familiar

4101.	Nombre del familiar	
4102.	¿Cuál es su sexo?	Hombre 1 <input type="checkbox"/> Mujer 2 <input type="checkbox"/> Intersexual 3 <input type="checkbox"/>
4103.	¿Cuál es su edad (en años cumplidos)?	_ _
4104.	¿Cuál es su parentesco con el jefe del hogar?	Jefe(a) del hogar 1 <input type="checkbox"/> Compañero(a)/cónyuge 2 <input type="checkbox"/>
		Hijo(a) 3 <input type="checkbox"/> Nuera/yerno 4 <input type="checkbox"/>
		Nieto(a) 5 <input type="checkbox"/> Padre/madre 6 <input type="checkbox"/>
		Suegro(a) 7 <input type="checkbox"/> Hermano(a) 8 <input type="checkbox"/>
		Cuñado(a) 9 <input type="checkbox"/> Hijo(a) no biológico 10 <input type="checkbox"/>
		Primo(a) 11 <input type="checkbox"/> Otro familiar 12 <input type="checkbox"/>
		No pariente 13 <input type="checkbox"/>
4105.	Entrevistador: Si la persona con discapacidad es jefe de hogar en 2104 , pase a pregunta 4106 ¿Cuál es su parentesco con (nombre de la discapacidad)?	Padre 1 <input type="checkbox"/> Madre 2 <input type="checkbox"/>
		Pareja/cónyuge 3 <input type="checkbox"/> Hijo 4 <input type="checkbox"/>
		Nieto/bisnieto 5 <input type="checkbox"/> Hermano(a) 6 <input type="checkbox"/>
		Primo(a) 7 <input type="checkbox"/> Abuelo(a) 8 <input type="checkbox"/>
4106.	Entrevistador: Aplique la pregunta solo si el familiar no es el jefe de hogar o cónyuge del jefe de hogar. ¿Cuál es su máximo nivel de estudios alcanzado?	Ninguno 1 <input type="checkbox"/> Preescolar 2 <input type="checkbox"/>
		Primaria incompleta 3 <input type="checkbox"/> Primaria completa 4 <input type="checkbox"/>
		Secundaria incompleta 5 <input type="checkbox"/> Secundaria completa 6 <input type="checkbox"/>
		Técnico/tecnológico incompleto 7 <input type="checkbox"/> Técnico/tecnológico completo 8 <input type="checkbox"/>
		Universitaria incompleta 9 <input type="checkbox"/> Universitaria completa 10 <input type="checkbox"/>
		Posgrado incompleto 11 <input type="checkbox"/> Posgrado completo 12 <input type="checkbox"/>
4107.	¿En qué actividad ocupó la mayor parte del tiempo la semana del domingo 8 de marzo al sábado 14 de marzo? Semana anterior al inicio de la cuarentena obligatoria? Entrevistador: Espere respuesta	Trabajando 1 <input type="checkbox"/>
		Buscando trabajo 2 <input type="checkbox"/>
		Estudiando 3 <input type="checkbox"/>
		Oficios del hogar 4 <input type="checkbox"/>
		Incapacitado permanente para trabajar 5 <input type="checkbox"/>
		Pensionado o jubilado 6 <input type="checkbox"/>
		Vivió de la renta 7 <input type="checkbox"/>
		Otra actividad 8 <input type="checkbox"/>
Encuestador(a): Revise pregunta 1106.2. para la persona con discapacidad. ¿Presenta alguna alteración desde hace 6 años o más? En caso afirmativo aplique preguntas 4108 , 4109 y 4110 .		
4108.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que la atención en educación para las personas con discapacidad ha ___?	Empeorado 1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal 2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien 3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado 4 <input type="checkbox"/>
		No sabe 5 <input type="checkbox"/>
4109.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que las oportunidades laborales para las personas con discapacidad han ___?	Empeorado 1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal 2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien 3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado 4 <input type="checkbox"/>

		No sabe	5 <input type="checkbox"/>
4110.	Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que la atención en salud para las personas con discapacidad han ___?	Empeorado	1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal	2 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de bien	3 <input type="checkbox"/>
		Mejorado	4 <input type="checkbox"/>
		No sabe	5 <input type="checkbox"/>

2. HABILIDADES Y CAPACIDADES DEL FAMILIAR

4201.	Para el cuidado o apoyo (nombre de persona con discapacidad), ¿usted considera que se requiere algún conocimiento o destreza específica por parte de los miembros del hogar?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> →4204
4202.	¿Qué tipo de conocimientos o destrezas específicas requiere?	a. Procedimientos básicos en salud	<input type="checkbox"/>
		b. Habilidades para movilización y cambios de posición	<input type="checkbox"/>
		c. Habilidades para el cuidado e higiene	<input type="checkbox"/>
		d. Habilidades para la alimentación	<input type="checkbox"/>
		e. Habilidades psicosociales	<input type="checkbox"/>
		f. Habilidades comunicativas	<input type="checkbox"/>
		g. Otras ¿Cuáles? _____	<input type="checkbox"/>
4203.	¿Considera que sus conocimientos/habilidades para el cuidado o apoyo de (nombre de persona con discapacidad) son las adecuadas?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
4204.	¿Recibe o ha recibido algún tipo de formación para el cuidado o apoyo de personas con discapacidad?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
4205.	En caso de requerirse, ¿considera usted que tiene las habilidades o capacidades para apoyar a (nombre de persona con discapacidad) en su proceso educativo formal o de formación para el trabajo?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No aplica	3 <input type="checkbox"/>
4206.	¿Considera usted que tiene las habilidades o capacidades para apoyar a (nombre de persona con discapacidad) para comunicarse de manera efectiva con otras personas?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
		No aplica	3 <input type="checkbox"/>

3. PARTICIPACIÓN EN ORGANIZACIONES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

4301.	¿Conoce de organizaciones sociales de personas con discapacidad o para personas con discapacidad? (asociaciones, fundaciones, etc.)	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 4401
4302.	¿Es miembro o recibe usted o la persona con discapacidad servicios de alguna de estas organizaciones sociales de personas con discapacidad o para personas con discapacidad? (asociaciones, fundaciones, etc.)	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>

4. APROXIMACIÓN TENDENCIAS BARRERAS ACTITUDINALES

4401. 🗳️ **Encuestador(a):** Lea al encuestado.

El propósito de esta sección es lograr identificar las barreras actitudinales que más afectan la vida de las personas con discapacidad. Para lograr esto, se han escogido unas afirmaciones que se le solicita responder si usted está "de acuerdo" o "en desacuerdo". Ninguna de las afirmaciones representa nuestra opinión como encuestadores o como evaluadores. Además, estas afirmaciones no buscan hacer un juicio de valor hacia las personas con discapacidad. Finalmente, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas.

Afirmación	De acuerdo	En desacuerdo
a. Las personas con discapacidad son tan valiosas para la sociedad como cualquier otra persona.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
b. Toda persona es libre de tener pareja sentimental.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
c. Todos los colegios deben recibir niños y niñas con discapacidad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
d. Las personas con discapacidad deben tomar sus propias decisiones.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
e. Las personas con discapacidad tienen resentimiento hacia la sociedad.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
f. Las personas con discapacidad deben adaptarse al mundo en el que viven.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

5. PREGUNTAS SOBRE INTERDICCIÓN			
Entrevistador: Aplicar capítulo si en 2111 y 2112 es igual a 2 (no tiene cuidador).			
4501.	Entrevistador: Aplicar pregunta para personas con discapacidad de 18 años o más. En los últimos dos años ¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) ha tenido, por ejemplo, que firmar algún contrato de arriendo, o firmar algún documento en una notaría o ha tenido que dar su consentimiento para un procedimiento médico ordenado por la entidad de salud, o decidir sobre alguna suma de dinero o sobre un bien de su propiedad etc.)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 3605
4502.	¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) firmó directamente o dio su consentimiento autónomamente?	Sí	1 <input type="checkbox"/> → Terminar
		No	2 <input type="checkbox"/>
4503.	¿Por cuáles de las siguientes razones no firmó directamente o dio consentimiento autónomamente?	a. Porque no le fue posible acceder al sitio para firmar	<input type="checkbox"/>
		b. Porque no le es posible firmar un documento por un problema de sus miembros superiores	<input type="checkbox"/>
		c. Porque legalmente no se le permite	<input type="checkbox"/>
		d. Por otra razón ¿Cuál? _____	<input type="checkbox"/>
4504.	¿Algún familiar firmó o autorizó por (nombre de la persona con discapacidad seleccionada)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
4505.	En algún momento ¿(nombre de la persona con discapacidad seleccionada) fue declarada como interdicta (se realizó gestiones para que por ejemplo la persona con discapacidad no pueda decidir autónomamente sobre temas de procedimientos de salud, firmas de contratos, o manejo de dinero, etc.)?	Sí	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → Terminar
4506.	¿Desde cuándo (nombre de la persona con discapacidad seleccionada) fue declarada como interdicta?	Antes de 2014	1 <input type="checkbox"/>
		En el 2014	2 <input type="checkbox"/>
		Después del 2014	3 <input type="checkbox"/>