



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 B**

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. 1-6237717) 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 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 ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.) 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 1106) 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"/>	

4. SALUD				
1401.	En general, el estado de salud de (nombre de la persona con discapacidad) es:	Malo	1 <input type="checkbox"/>	
		Regular	2 <input type="checkbox"/>	
		Bueno	3 <input type="checkbox"/>	
1402.	¿Cuánto tiempo en promedio le toma llegar a (nombre de la persona con discapacidad) a la Institución Prestadora de Salud (IPS) que le presta el servicio de salud más cercana?	Tiempo de desplazamiento Horas 1 <input type="checkbox"/> Minutos 2 <input type="checkbox"/> Recibe atención en su domicilio 3 <input type="checkbox"/>		
1403.	¿Ha solicitado (nombre de la persona con discapacidad) atención en salud (consulta médico general, odontología, procesos de rehabilitación, entre otros) en los últimos dos años?	Sí	1 <input type="checkbox"/>	→ 1405
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1404.	¿Cuáles fueron las razones por las que (nombre de la persona con discapacidad) no ha solicitado atención en salud?	a. Algún miembro del hogar se lo impidió	<input type="checkbox"/>	
		b. Demora en la atención en el sitio	<input type="checkbox"/>	
		c. Demora en la asignación de citas	<input type="checkbox"/>	
		d. El servicio de salud no cuenta con herramientas para facilitar la comunicación entre el profesional de la salud y la persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>	
		e. El servicio médico es muy costoso	<input type="checkbox"/>	
		f. El servicio médico le queda lejos	<input type="checkbox"/>	
		g. Falta de amabilidad y respeto en la atención	<input type="checkbox"/>	
	👉 Encuestador(a): Esperar			

	<i>respuesta. Para cualquier opción de respuesta pase a pregunta 1406</i>	h. Los horarios de atención en salud /consulta médica no se adaptan a su disponibilidad de tiempo		<input type="checkbox"/>
		i. Los medicamentos son muy costosos		<input type="checkbox"/>
		j. Muchos trámites		<input type="checkbox"/>
		k. No confía en los profesionales de la salud / servicios de salud		<input type="checkbox"/>
		l. No sabe dónde prestan el servicio/falta información		<input type="checkbox"/>
		m. No hay instalaciones adecuadas para acceder al servicio		<input type="checkbox"/>
		n. No ha tenido problemas de salud		<input type="checkbox"/>
		o. Profesional de la salud no está capacitado para atender la discapacidad		<input type="checkbox"/>
	p. Otra ¿Cuál? _____		<input type="checkbox"/>	
1405.	¿_____ (nombre de la persona con discapacidad) recibe controles de salud de forma permanente?	Si	1 <input type="checkbox"/> →	¿Cada cuánto? __ __ Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1406.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Cuánto tiempo transcurrió entre el momento que (nombre de la persona con discapacidad) solicitó su última cita y el momento que lo atendieron antes de la pandemia?			Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>
1407.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Hace cuánto tiempo que (nombre de la persona con discapacidad) tuvo su última cita antes de la pandemia?			Días 1 <input type="checkbox"/> Meses 2 <input type="checkbox"/>
1408.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Considera usted que en la última cita antes de la pandemia lo atendieron de manera adecuada? Califique de 1 a 3, donde 1 es inadecuada y 3 es muy adecuada			Inadecuada 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Muy adecuada
1409.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. En la última cita que tuvo (nombre de la persona con discapacidad) antes de la pandemia ¿le dieron una orden para especialistas, exámenes, rehabilitación, medicamentos o productos de apoyo (prótesis, órtesis, entre otros)?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/> →1412	
1410.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Pudo acceder a especialistas, exámenes, rehabilitación, medicamentos o productos de apoyo (prótesis, órtesis, entre otros)?	Sí, todos	1 <input type="checkbox"/>	
		Sí, algunos	2 <input type="checkbox"/>	
		No	3 <input type="checkbox"/>	
1411.	Encuestador(a): Referirse a la situación antes de la pandemia COVID19. ¿Fue necesario interponer una tutela, demanda o derecho de petición para acceder a especialistas, exámenes, rehabilitación, medicamentos o productos de apoyo (prótesis, órtesis, entre otros)?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1412.	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 pregunta 1412. En caso contrario aplique pregunta 1413 Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que el acceso al servicio de salud 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"/>	
1413.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) sabe si el sector salud tiene unas medidas especiales para la atención en salud para personas con discapacidad?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
Encuestador(a): Si la persona con discapacidad respondió en la pregunta 1117 (Si) aplique pregunta 1414 En caso contrario pase a pregunta 1416				
1414.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) ha recibido atención en salud enmarcada en el Programa de Atención Psicosocial y salud integral a víctimas (PAPSIVI)?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1415.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) conoce de la Ruta integral de atención en salud y rehabilitación funcional para las Víctimas de Minas Antipersonal (MAP) y Municiones Sin Explotar (MUSE)?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	
1416.	En algún momento, (Nombre de la persona con discapacidad) tuvo que interponer una tutela, demanda o derecho de petición para acceder a especialistas, exámenes, rehabilitación, medicamentos o productos de apoyo?	Si	1 <input type="checkbox"/>	
		No	2 <input type="checkbox"/>	

6. PARTICIPACIÓN CIUDADANA DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD				
Encuestador(a): Aplique las siguientes preguntas de esta sección a personas de 14 años o más, de lo contrario pase al siguiente capítulo.				
1601.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) participa en los espacios de participación ciudadana como juntas de acción comunal, organizaciones sociales, comités municipales de discapacidad, mesas municipales de víctimas?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
1602.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) le han suministrado apoyo para garantizar el acceso a la información pública de su municipio o localidad para tomar decisiones sobre su participación como ciudadano?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
1603.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) sabe si existe una política pública de discapacidad en su territorio?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
		No sabe <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
1604.	¿Entre el 2013 y el 2019 han tenido lugar algún tipo de elecciones en las que haya votado (nombre de la persona con discapacidad)?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
	Encuestador(a): Esta pregunta aplica para personas entre 14 y 18 años para las elecciones de las JAC, para otros tipos de votaciones como para presidente, senado, cámara, gobernadores, alcaldes, ediles, concejales y diputados aplica para mayores de 18 años.	No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> →1606	
		No sabe <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> →1606	
1605.	1. ¿(nombre de la persona con discapacidad) tuvo dificultades para llegar al sitio de votación, entrar, moverse o hacer uso del cubículo?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	2. ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibió instrucciones o indicaciones por parte de las entidades fáciles de entender sobre dónde y cómo votar?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	3. ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibió buen trato y apoyo básico para ejercer su derecho al voto por parte de los funcionarios?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
1606.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) es miembro de alguna organización social de personas con discapacidad o para personas con discapacidad? (asociaciones, fundaciones, etc.)	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
1607.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) 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 de discapacidad	<input type="checkbox"/>	
		e. Otro comité	<input type="checkbox"/>	
		Ninguna	1 <input type="checkbox"/> →1609	
		No sabe	2 <input type="checkbox"/> →1609	
1608.	1. ¿(nombre de la persona con discapacidad) tiene dificultades para llegar, entrar, moverse o hacer uso de las instalaciones donde se realizan encuentros o reuniones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		No sabe <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	
	2. ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibe información sencilla y clara, accede a intérprete o guía intérprete si lo necesita, y le escuchan y atienden en sus solicitudes cuando participa en organizaciones sociales de personas con discapacidad y para personas con discapacidad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	3. ¿(nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas en organizaciones sociales de personas con discapacidad y para personas con discapacidad toman en cuenta su opinión?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
	4. ¿(nombre de la persona con discapacidad) siente que recibe buen trato cuando participa en los encuentros o reuniones?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	No sabe <input type="checkbox"/>
1609.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) considera que se han dado acciones para la creación y fortalecimiento de organizaciones sociales de personas con discapacidad o para personas con discapacidad en los últimos 6 años?	Si <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
		No <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
		No sabe <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	
1610.	Encuestador(a): Revise las	a. Mujer	Si <input type="checkbox"/>	
			No <input type="checkbox"/>	
	b. Miembro de una comunidad étnica	No sabe <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	
		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
		No sabe <input type="checkbox"/>	No aplica <input type="checkbox"/>	

condiciones que apliquen en cada caso ¿(Nombre de la persona con discapacidad) ha recibido algún tipo de apoyo institucional debido a ser ____?	c. Niño, niña, adolescente o adulto mayor	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
	d. Miembro de una comunidad LGTBI	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
	e. Persona con discapacidad	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
	f. Víctima del conflicto	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>
	g. Otro ¿Cuál? _____	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> No aplica <input type="checkbox"/>

7. ACCESO A LA JUSTICIA			
1701.	¿En los últimos dos años, (nombre de la persona con discapacidad) ha requerido acceder a algún servicio de justicia (por ejemplo demandas, quejas, denuncias, tutelas, entre otros)?	Si lo ha hecho directamente	1 <input type="checkbox"/> → 1703
		Si, lo ha hecho a través de otra persona	2 <input type="checkbox"/>
		No, no ha requerido	2 <input type="checkbox"/> → 1706
👉 Encuestador(a): Para cualquier opción pase a 1706			
1702.	1. ¿(nombre de la persona con discapacidad) tuvo dificultades o barreras físicas para llegar, entrar, moverse o hacer uso de las instalaciones donde se prestan servicios de justicia?)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	2. ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibió información sencilla y accesible a su tipo de discapacidad sobre cómo solicitar el servicio de justicia. Contó con intérprete de lengua de señas o guía intérprete en caso de requerirlo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	3. ¿(nombre de la persona con discapacidad) tomaron en cuenta su solicitud en los servicios de justicia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	4. ¿(nombre de la persona con discapacidad) no puede firmar autónomamente contratos de arriendo, documentos de notaría, decidir sobre alguna suma de dinero o sobre un bien de su propiedad?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1703.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) ha requerido apoyos técnicos para acceder a los servicios de justicia?, Como, por ejemplo: información en formatos accesibles para su tipo de discapacidad, acceso a intérprete de lenguaje de señas o guía intérprete si lo requiere, los cuales le permitieron comprender el acto jurídico y sus consecuencias, así como para manifestar su voluntad y preferencias personales.	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/> → 1705
1704.	¿(Nombre de la persona con discapacidad) tuvo disponible esos apoyos técnicos?	Si	1 <input type="checkbox"/>
		No	2 <input type="checkbox"/>
1705.	1. ¿(nombre de la persona con discapacidad) pudo llegar con facilidad, entrar, moverse o hacer uso de las instalaciones donde se prestan servicios de justicia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	2. ¿(nombre de la persona con discapacidad) recibió información fácil de entender, accesible para su tipo de discapacidad, tuvo acceso a intérprete de señas o guía intérprete en caso de requerirlo.	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	3. ¿(nombre de la persona con discapacidad) tomaron en cuenta sus necesidades y opiniones cuando recibió atención en los servicios de justicia?	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
👉 Encuestador(a): Revise la edad de la persona con discapacidad, si es menor de 18 años, pase a la pregunta 1707			
1706.	¿(nombre de la persona con discapacidad) puede decidir autónomamente firmar un contrato, recibir una sucesión o herencia, firmar un documento en una notaría o autorizar procedimientos médicos que haya sido ordenados por un médico o especialista?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
1707.	👉 Encuestador(a): Revise pregunta 1106. ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia. 2. ¿Presenta alguna alteración desde hace 6 años o más? En caso afirmativo aplique pregunta 1707. En caso contrario aplique pregunta 1801 Respecto a hace 6 años, ¿considera usted que el acceso a los servicios de justicia para (nombre de la persona 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"/>

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** ;**Error! No se encuentra el origen de la referencia.** **igual a 2**).

BARRERAS COMUNICATIVAS

1801.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> 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.”.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> las personas no se identifican previamente cuando se van a comunicar con usted.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones, hablan con el acompañante, invisibilizando a la persona con discapacidad.</p> <p><u>Discapacidad mental /psicosocial:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> 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.</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"/>		
1802.	<p>¿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, _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> las personas adoptan posturas forzadas al relacionarse o cuando conversan con usted.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> no cuenta con guía intérprete, en reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta 1801.</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"/>		

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.

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.	¿En qué lugar (nombre de la persona con discapacidad) siente que las personas no toman en cuenta su opinión porque ____?			
	<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.			
	<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.			
	<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.			
	<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.			
	<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.			
<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.				
👉 Encuestador(a) : Lea las opciones de respuesta <u>diferentes a las registradas en la pregunta 1806</u> .				
	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		Ninguno	1 <input type="checkbox"/>	Preescolar	2 <input type="checkbox"/>
			Primaria incompleta	3 <input type="checkbox"/>	Primaria completa	4 <input type="checkbox"/>

	alcanzado por (Nombre de la persona con discapacidad seleccionada)?	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?	_ _ 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	_ _	2. Obreros o empleados de gobierno	_ _
		3. Empleados domésticos	_ _	4. Trabajadores por cuenta propia	_ _
		5. Patrones o empleadores	_ _	6. Trabajadores familiares sin remuneración	_ _
		7. Trabajadores sin remuneración en empresas o negocios de otros hogares	_ _	8. Jornaleros o peones	_ _
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?	_ _
		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)	_ _			
2204.	¿En cuántos de esos cuartos duermen las personas de este hogar?	_ _			
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.	👉 Entrevistador: 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.	👉 Entrevistador: 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?	Si	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?	Si	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?	Si	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:	Si	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? 👉 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"/>				
3113.	👉 Entrevistador: Aplicar pregunta si en 3112 la actividad es 1 (Trabajando).	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"/>				

	¿En ese trabajo es?	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 ;Error! No se encuentra el origen de la referencia. igual 1**).

BARRERAS COMUNICATIVAS

3301.	<p>¿En cuáles de los siguientes lugares (nombre de la persona con discapacidad) siente que _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> 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.”</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> las personas no se identifican previamente cuando se van a comunicar con usted.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones, hablan con el acompañante, invisibilizando a la persona con discapacidad.</p> <p><u>Discapacidad mental /psicosocial:</u> las personas no le facilitan expresar sus opiniones, necesidades y decisiones.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> 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.</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"/>		
3302.	<p>¿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 dando, _____?</p> <p><u>Discapacidad física:</u> las personas adoptan posturas forzadas al relacionarse o cuando conversan con usted.</p> <p><u>Discapacidad auditiva:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad visual:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad intelectual o cognitiva:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad mental/psicosocial:</u> 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.</p> <p><u>Discapacidad sordoceguera:</u> no cuenta con guía intérprete, en reuniones, las personas hablan al mismo tiempo y no miran la persona que lleva la palabra.</p> <p>👉 Encuestador(a): Lea las opciones de respuesta diferentes a las registradas en la pregunta 3301.</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"/>		

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 diferentes 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 1106.2 . ¿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.	<p>Entrevistador: Si la persona con discapacidad es jefe de hogar en 2104, pase a pregunta 4106</p> ¿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"/>
		Tío(a) 9 <input type="checkbox"/> Otra persona del hogar 10 <input type="checkbox"/>
4106.	<p>Entrevistador: Aplique la pregunta solo si el familiar no es el jefe de hogar o cónyuge del jefe de hogar.</p> ¿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? <p>Entrevistador: Espere respuesta</p>	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"/>
<p>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.</p>		
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	Empeorado 1 <input type="checkbox"/>
		Permanecido igual de mal 2 <input type="checkbox"/>

	con discapacidad han ____?	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.	<p>Entrevistador: Aplicar pregunta para personas con discapacidad de 18 años o más.</p> <p>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>	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"/>