

PREGUNTAS DIRIGIDAS AL HOGAR

Personas en situación de dependencia

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene dependencia para realizar por sí mismo ciertas tareas de la vida cotidiana (lavarse, comer y beber, caminar, orientarse, etc.)?

- 1.- Sí 1
- 6.- No 6 → PASAR A 17

2. ¿Cuántas personas de su hogar son dependientes?

Número de personas dependientes en el hogar

3. En concreto, ¿qué personas de su hogar y para qué actividades presentan dependencia? Indique también el grado de apoyo que necesita para la realización de esas actividades:

NP. No apoyo: No necesita ayuda para realizar esa actividad
SP. Supervisión / Preparación: Sólo necesita que le preparen los elementos necesarios para realizar la actividad y/o le hagan indicaciones para realizarla correctamente
AM. Apoyo moderado: Requiere que le ayuden físicamente en la realización de la actividad
AC. Apoyo completo: Requiere que lo sustituyan en la realización física de la actividad
AE. Apoyo especial: Presenta trastornos de comportamiento que dificultan la prestación de apoyo para la realización de la actividad

Entrevistador: rellene una columna por cada persona dependiente del hogar

	Dependiente 1					Dependiente 2					Dependiente 3				
	N orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					N orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					N orden <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE	NP	SP	AM	AC	AE
A. Actividades relativas al cuidado personal															
1.- Asearse y lavarse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.- Vestirse	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.- Otros cuidados personales (cortar las uñas, lavar los dientes o el pelo, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.- Controlar las necesidades y utilizar solo el baño	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.- Comer y beber	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
B. Movilidad															
1.- Cambiar las posiciones del cuerpo (de una silla a otra, de la cama a una silla)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.- Levantarse, acostarse y permanecer de pie o sentado	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.- Desplazarse dentro del hogar (subir escaleras, acceder a los rincones de la casa)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.- Desplazarse fuera del hogar	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.- Usar el transporte público	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
C. Otras actividades															
1.- Ocuparse de las tareas del hogar (limpiar, planchar, preparar la comida, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2.- Ocuparse de las compras y controlar los suministros y servicios	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3.- Usar y gestionar el dinero	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4.- Administrar y controlar sus medicinas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5.- Evitar peligros dentro del hogar (olvidar el fuego encendido, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6.- Evitar peligros fuera del hogar (cruzar solo la calle, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7.- Pedir ayuda ante una urgencia (llamar por teléfono, etc.)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8.- Mantener relaciones básicas y complejas con otras personas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. ¿Cuál o cuáles son las causas que dieron origen a la situación de dependencia que tiene en la actualidad? (Puede marcar más de una opción)															
	Sí		No			Sí		No			Sí		No		
1.-Nacimiento	1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	
2.- Accidente	1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	
3.- Enfermedad	1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	
4.- Dependencia derivada de la edad	1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>		1	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	
5. ¿Cuánto tiempo hace que necesita cuidados la persona dependiente? (Se consideran cuidados cualquier tipo de apoyo directo ofrecido por otra persona para la realización de las actividades de la vida diaria)															
Número de años	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
(Si hace menos de un año, anote el número de meses)															
Número de meses	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
6. ¿Cuántas horas al día precisa cuidados la persona dependiente?															
Número de horas diarias	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
7. ¿Cuántas horas al día recibe cuidados la persona dependiente?															
Número de horas diarias	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				

Entrevistador: si el dependiente no recibe ningún cuidado, hacer la pregunta 8; si recibe menos cuidados de los que precisa, pasar a la 9; y si recibe todos los cuidados que precisa pasar a la 10

8. ¿Cuál es el motivo por el que la persona dependiente no recibe cuidados? (Puede marcar más de una opción) 1.- No hay personas de su hogar o de su familia disponibles 2.- No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa 3.- Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa 4.- No sabe a donde acudir 5.- Otros Especificar	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Entrevistador: PASAR A LA PREGUNTA 11

9. ¿Cuál es el motivo por el que la persona dependiente recibe menos cuidados de los que precisa? (Puede marcar más de una opción) 1.- No hay personas de su hogar o de su familia disponibles 2.- No tiene recursos económicos para pagar la ayuda que precisa 3.- Hay lista de espera para recibir los cuidados que precisa 4.- No sabe a donde acudir 5.- Otros Especificar	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

10. Indique quién le presta cuidados a la persona dependiente 1.- Miembros de este hogar 2.- Personas de fuera del hogar parientes del dependiente (hijo/a, padre/madre, etc.) 3.- Personas no remuneradas de fuera del hogar (amigos o vecinos, etc.) 4.- Personas remuneradas de fuera del hogar y/o servicios prestados por empresas privadas 5.- Servicios sociales de las Administraciones Públicas (Ayuntamiento, Xunta) 6.- Servicios sociales de entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja, etc.) 7.- Otros Especificar	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

11. ¿Cuáles de los siguientes servicios precisa la persona dependiente? 1.- Teleasistencia 2.- Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, vestir y asear al dependiente, etc.) 3.- Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) 4.- Estancias en centros de día 5.- Programas de respiro (estancias temporales en residencias) 6.- Comida a domicilio 7.- Transporte adaptado 8.- Otros Especificar	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Entrevistador: Si la respuesta es Sí en alguna de las categorías, pasar a la 12; si es No en todas, pasar a la pregunta 13

12. De los servicios especificados en la pregunta anterior, ¿cuáles recibe la persona dependiente? Señale también qué organismo se encarga de la provisión de ese servicio <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Público / Iniciativa social: servicios prestados por las Administraciones Públicas y/o entidades de iniciativa social (Cáritas, Cruz Roja, etc.) Privado: servicios prestados por empresas privadas o personas con fines de lucro Ambos: servicios prestados por ambos tipos de iniciativas </div> 1.- Teleasistencia 2.- Ayuda a domicilio (se ocupan de la limpieza, compra, comida, vestir y asear al dependiente, etc.) 3.- Cuidados sanitarios especializados (rehabilitación, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.) 4.- Estancias en centros de día 5.- Programas de respiro (estancias temporales en residencias) 6.- Comida a domicilio 7.- Transporte adaptado 8.- Otros	Público / Social	Privado	Ambos	No	Público / Social	Privado	Ambos	No	Público / Social	Privado	Ambos	No
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

<p>13. ¿La persona dependiente precisa de alguna de las siguientes ayudas técnicas? ¿Dispone de ellas?</p> <p>1.- Bastón, muletas, andador</p> <p>2.- Silla de ruedas</p> <p>3.- Grúa</p> <p>4.- Audífonos</p> <p>5.- Adaptaciones en la vivienda (ascensor, rampas, baño adaptado, etc.)</p> <p>6.- Otras</p> <p>Especificar</p>	<p>Precisa</p> <p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Dispone</p> <p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Precisa</p> <p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>
<p>14. ¿Los cuidados a la persona dependiente suponen un gasto para el hogar?</p> <p>1.- Sí</p> <p>6.- No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>6 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p>
<p>15. ¿El hogar asume el gasto de lo cuidados en su totalidad?</p> <p>1.- Sí</p> <p>6.- No</p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>	<p>1 <input type="checkbox"/> → PASAR A 17</p> <p>6 <input type="checkbox"/></p>
<p>16. ¿Quién le ayuda al hogar a costear el gasto de los cuidados? (Puede marcar más de una opción)</p> <p>1.- Otro hogar</p> <p>2.- Administración Pública</p> <p>3.- Entidades de iniciativa social (Cruz Roja, Cáritas, etc.)</p> <p>4.- Otros</p> <p>Especificar</p>	<p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>	<p>Sí No</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/></p> <p>.....</p>

Personas cuidadoras

17. ¿Usted o algún miembro de su hogar cuida, sin percibir remuneración a cambio, a alguna persona en situación de dependencia para realizar ciertas tareas de la vida cotidiana (lavarse, beber, comer, caminar, etc.)?
(La persona cuidada puede residir en este hogar o en otro; no tenga en cuenta como remuneración las ayudas de la Ley de Dependencia)

- 1.- Sí 1
- 6.- No 6 FIN

18. ¿Cuántas personas de su hogar son cuidadores?

Número de personas cuidadoras en el hogar.....

Entrevistador: Si responde 0 o la deja en blanco, FIN del cuestionario

19. En concreto, ¿qué personas de su hogar son cuidadores y qué características presentan?

Entrevistador: Rellene una columna por cada persona cuidadora del hogar

	<i>Cuidador 1</i>	<i>Cuidador 2</i>	<i>Cuidador 3</i>
1.- Nº de horas semanales que dedica al cuidado de la/s persona/s dependiente/s	Nº orden <input type="text"/> <input type="text"/> Nº horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº orden <input type="text"/> <input type="text"/> Nº horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº orden <input type="text"/> <input type="text"/> Nº horas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.- ¿De cuántas personas se ocupa cada cuidador?	Nº personas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº personas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº personas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.- ¿Cuántas de esas personas son miembros de este hogar?	Miembros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miembros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miembros <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.- Nº de orden de los dependiente/s que cuida dentro del hogar	Nº orden dependiente 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº orden dependiente 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	Nº orden dependiente 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Nº orden dependiente 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
20. ¿Cuánto tiempo hace que cuida a la/s persona/s dependiente/s? Número de años <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Si hace menos de un año, anote el número de meses) Número de meses <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
21. ¿Realizó o asistió a cursos, programas o grupos para mejorar su formación en el cuidado de personas dependientes?	Sí No	Sí No	Sí No
1.- Grupos de autoayuda, asociaciones de familiares de personas en situación de dependencia	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2.- Programas de orientación para el cuidador (estrategias para afrontar el estrés, compaginar los cuidados con otras actividades, etc.)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
3.- Programas de información y asesoramiento para el cuidado de personas dependientes	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
4.- Formación reglada sobre cuidado de personas dependientes (formación profesional)	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
22. Ante alguna de las tareas derivadas del cuidado de esa/s persona/s dependiente/s, indique si:	Sí No	Sí No	Sí No
1.- Tiene dificultades por faltarle fuerza física	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2.- Tiene dificultades porque la persona dependiente no colabora	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
3.- Tiene dudas sobre como sería la mejor manera de hacerlo	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
4.- Cree que precisa más formación especializada de la que tiene	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
5.- Otros	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Especificar
23. ¿Qué actividades o relaciones tuvo que suprimir o reducir para poder cuidar a esa/s persona/s dependiente/s?	Sí No	Sí No	Sí No
1.- Su trabajo doméstico	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2.- Su trabajo remunerado y/o estudios	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
3.- Su vida familiar	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
4.- Sus actividades de ocio y/o relaciones sociales	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
5.- Otras actividades habituales	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Especificar
24. Indique si ha influido el cuidado de esa/s persona/s dependiente/s en...	Sí No	Sí No	Sí No
1.- La salud de la persona cuidadora	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
2.- La economía del hogar	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>

