

2017



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales



ENCUESTA: CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

INFORMACIÓN SOBRE ENTREVISTADO

Folio

Nombre:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Fecha de Nacimiento:

Dirección:

Teléfono1 código de área - fono

Comuna:

Región:

Villa / Población:

Localidad:

Correo electrónico (e_mail)

Sr(a).....El Centro de Encuestas y Estudios Longitudinales de la Universidad Católica de Chile y la Subsecretaría de Previsión Social están desarrollando la Encuesta de Calidad de Vida del Adulto Mayor. El propósito de este estudio es obtener información estadística sobre la población chilena de 60 años y más, la que será utilizada en el análisis para elaborar y desarrollar políticas públicas, así como en las investigaciones académicas en las áreas de trabajo, familia y seguridad social.

Usted ha sido seleccionado(a) a través de un procedimiento científico de muestreo al azar para participar en este estudio. Estaríamos complacidos si usted participa de este estudio, pero si decidiera no hacerlo, respetaremos su decisión.

Con su consentimiento yo (el entrevistador) le formularé varias preguntas sobre su situación socioeconómica y características de salud de Ud. y su familia. Debo aclararle que no hay respuestas correctas o incorrectas a estas preguntas. Nuestro interés es solo recoger lo que Ud. piensa sobre los distintos temas de la encuesta. Por favor solicíteme una clarificación si Ud. no entiende alguna de las preguntas. Si existiese alguna pregunta que usted no quisiera responder, por favor hágalo saber para continuar con la siguiente pregunta. Todo lo que nos diga será completamente confidencial.

La entrevista tendrá una duración de aproximadamente una hora. Su participación en este estudio es completamente voluntaria y podrá retirarse en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Si usted tiene alguna pregunta sobre este estudio, puede contactarse con los encargados de este al mail dudascalidadvida@uc.cl o llamar al (56 2) 2354 1792.

Garantía de Confidencialidad: El CentroUC Encuestas y Estudios Longitudinales adhiere a lo establecido en La ley Orgánica N° 17.374 del Instituto Nacional de Estadísticas que, en los artículos que señala, determina lo siguiente: Artículo 29: "El Instituto Nacional de Estadísticas, los Organismos Fiscales, Semifiscales y Empresas del Estado, y cada uno de sus respectivos funcionarios, no podrán divulgar los hechos que se refieren a las personas o entidades determinadas, de que se haya tomado conocimiento en el desempeño de sus actividades. El estricto mantenimiento de estas reservas constituyen el "SECRETO ESTADISTICO". Su infracción por cualquier persona sujeta a esta obligación, hará incurrir en el delito previsto por el artículo 247° del Código Penal.

SECCIÓN I: INFORMACIÓN GENERAL DEL ENTREVISTADO

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR

1. Nombre de pila de todos los integrantes del hogar

▼ *TOTAL DE PERSONAS DEL HOGAR (INCLUIDOS MENORES Y ANCIANOS)*

2. Sexo

1. Hombre
2. Mujer

3. ¿Qué edad tiene Ud.?

» *Años cumplidos*

4.a. Relación de parentesco con el entrevistado

1. Entrevistado
2. Espos(a) pareja
3. Hijo(a) de ambos
4. Hijo(a) solo del entrevistado
5. Hijo(a) solo del esposo(a)/pareja
6. Padre o madre
7. Suegro(a)
8. Yerno o nuera
9. Nieto(a)
10. Hermano(a)
11. Cuñado(a)
12. Abuelo(a)
13. Otro familiar
14. No familiar
15. Servicio doméstico puertas adentro

4.b. Marque quién es el jefe de hogar

4.c. Durante los últimos 6 meses, ¿qué persona fue la que más aportó al presupuesto del hogar?

Marcar el que corresponda:

1. Es miembro del hogar
2. No es miembro del hogar → *Pasa a p.5*

» *Si es miembro del hogar, marcar la persona que más aportó al presupuesto del hogar*

» *Si el aporte mayor del presupuesto es realizada por más de un integrante marcar las personas que corresponda.*

N°	1	2	3	4.a	4.b	4.c
1	ENTREVISTADO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ¿Cuál es la razón o razones por la que no buscó trabajo o realizó alguna gestión para iniciar una actividad por cuenta propia en las últimas cuatro semanas?

» No lea las alternativas, registre respuesta espontánea por orden de prioridad (debe anotar en "Razón 1" la que la persona considera más importante entre las dos)

Possibilidad de empezar a trabajar pronto

1. Consiguió trabajo que empezará pronto o iniciará pronto una actividad por cuenta propia
2. Está esperando resultado de gestiones ya emprendidas

Limitaciones de condiciones familiares o personales

3. No tiene con quien dejar a los niños
4. No tiene con quien dejar a adultos mayores
5. No tiene con quien dejar a otro familiar
6. Está enfermo o tiene una discapacidad
7. Estoy cansado, no quiero trabajar más

Percepción de limitaciones personales

8. Piensa que nadie le dará trabajo (porque no cuenta con la capacitación requerida, por su edad, etc.)

Condiciones laborales no se adecuan a expectativas

9. Las reglas, horarios y distancias de los trabajos no le acomodan
10. Ofrecen sueldos muy bajos
11. Está sobrecalificado(a)

Tiene otra actividad o renta

12. Quehaceres del hogar
13. Estudiante
14. Jubilado(a), pensionado(a) o montepiado(a)
15. Tiene otra fuente de ingreso (seguro de cesantía, mesadas, rentas, transferencias del Estado, etc.)

Otros

16. Se cansó de buscar o cree que no hay trabajo disponible
17. Busca cuando realmente lo necesita o tiene trabajo esporádico
18. No tiene interés en trabajar
19. Otra razón

Alternativas 1 a 19 → Pasa a p.15

12. Razón 1	12.19. Especifique
□ □	

12. Razón 2	12.19. Especifique
□ □	

13. En su trabajo o negocio principal, ¿usted trabaja como?

» Leer

1. Patrón o empleador
2. Trabajador por cuenta propia
3. Empleado u obrero
4. Servicio doméstico puertas adentro
5. Servicio doméstico puertas afueras
6. FF.AA. y de Orden
7. Familiar no remunerado

14. ¿A qué se dedica o qué hace el negocio, empresa o institución donde usted trabaja?

EVALUACIÓN COGNITIVA:

15. ¿Cómo evaluaría usted que es su memoria en la actualidad?

» Leer

1. Muy buena
2. Buena
3. Más o menos
4. Mala
5. Muy mala

16. En comparación con un año atrás, diría que su memoria es....

» Leer

1. Mejor
2. Igual
3. Peor

TEST DE MINIMENTAL

Ahora nos gustaría hacerle otras preguntas sobre su memoria. Para estas preguntas necesito que ponga mucha atención, porque no se las puedo repetir. Aquí no hay respuestas buenas ni malas, solo nos interesa su opinión frente a ciertas cosas.

17. Por favor, dígame la fecha de hoy

» Registre la respuesta **TEXTUAL**.

Espere una respuesta espontánea.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana.

Anote un punto por cada respuesta correcta. Si **NO SABE** o **NO RESPONDE**, considere la respuesta **MAL**.

17.a. Día del mes 88. No sabe

99. No responde

17.b. Mes 88. No sabe

99. No responde

17.c. Año 88. No sabe

99. No responde

17.d. Día de la semana 88. No sabe

99. No responde

Puntaje obtenido (0 - 4)

18. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después de que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

¿Tiene alguna pregunta que hacerme?

» Registre la respuesta **TEXTUAL** y el puntaje para el **PRIMER INTENTO**.

Explique bien para que el entrevistado entienda la tarea. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Se anota un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió hacer.

- Árbol
- Mesa
- Avión
- No recuerda ninguno

Puntaje obtenido (0 - 3)

Número de repeticiones

19. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: **1 - 3 - 5 - 7 - 9**

LA PUNTUACIÓN ES EL NÚMERO DE DÍGITOS EN EL ORDEN CORRECTO.

Respuesta correcta: 9 - 7 - 5 - 3 - 1

- 1er número
- 2do número
- 3er número
- 4to número
- 5to número

Número de dígitos correctos

Puntaje obtenido (0 - 5)

» Si observa que el entrevistado tiene problemas de motricidad notorias o ausencia de alguna de las manos, no realizar la siguiente pregunta y marcar primera alternativa.

20.a. **(No Leer)** Problemas notorios de motricidad manual o ausencia de una o dos de las manos

- 1. Sí → Pasa a p.21
- 2. No

20.b. (Leer) Le voy a dar un papel.

1. Tómelo con su mano **DERECHA**
2. Dóblelo por la mitad con ambas manos
3. Colóquelo sobre sus piernas

» Encuestador(a) enfatice la palabra **DERECHA**.

- Toma el papel con la mano derecha
- Dobra el papel por la mitad con ambas manos
- Coloca el papel sobre las piernas
- No realiza ninguna acción

Puntaje obtenido (0 - 3)

21. Hace un momento le leí una serie de tres palabras y Ud. repitió los que recordó. Por favor, dígame ahora ¿cuáles recuerda?

» Anote 1 punto por cada respuesta correcta en cualquier orden.

- Árbol
- Mesa
- Avión
- No recuerda ninguno

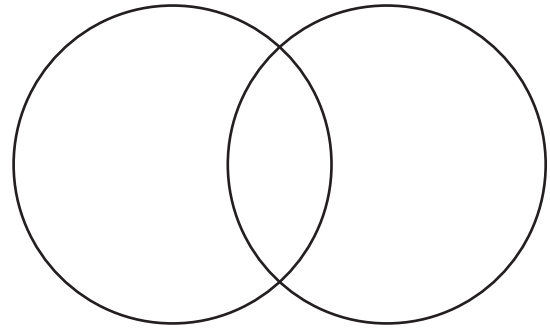
Puntaje obtenido (0 - 3)

» No aplicar si en p.20.a marcó la alternativa 1:

Sí, tiene problemas notorios de motricidad manual o ausencia de una o dos de las manos.

22. Por favor copie este dibujo en la hoja que tiene en sus manos. » *Mostrar Tarjeta N°1*

Muestre al entrevistado el dibujo con los círculos que se cruzan, la acción esta correcta si los círculos no se cruzan más de la mitad.



1. Lo hizo
2. No lo hizo

Puntaje obtenido (0 - 1)

Puntaje obtenido MINIMENTAL

- Si **MINIMENTAL** es igual o mayor a 8 continuar con el entrevistado en sección II.
- Si **es igual o menor** a 7 se requiere acompañante para PFEFFER.

Preguntar:

23. Para las siguientes preguntas, necesitamos que alguna otra persona que reside en esta casa nos ayude a contestarla. ¿Hay alguien que pudiera acompañarlo?

1. Sí, está ahora
2. Sí, pero no está ahora
3. No, no hay quien me ayude a contestar

- En caso de marcar opción 1: continuar con p.24 al acompañante.
- Si marca opción 2 se debe reagendar la visita para completar Pfeffer.
- Si marca opción 3, se debe aplicar solo el cuestionario REDUCIDO PARA EL ENTREVISTADO. En este caso las preguntas que se aplican son: Sección II p.1, p.5, p.6, p.8, p.14, p.15, p.16, p.17, p.18, p.19, p.21 (F1 a F4), p.24, p.25. Sección IV p.2 (sin preguntar por horas), p.3, p.4. Sección VI p.2, p.6 a.

TEST DE PFEFFER

» Entrevistador(a) las preguntas deben de ser hechas a una persona que conviva o que conozca bien a la persona entrevistada.

Se asigna 0 puntos a las categorías "Sí, es capaz" y "Nunca lo ha hecho pero podría hacerlo"

Se asigna 1 punto a las categorías "Con alguna dificultad pero puede hacerlo" y "Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora"

Se asigna 2 puntos a la categoría "Necesita ayuda" y se asigna 3 puntos a la categoría "No es capaz"

» Mostrar tarjeta N°2

	Sí, es capaz	Nunca lo ha hecho pero podría hacerlo	Con alguna dificultad	Nunca lo ha hecho y tendría dificultad ahora	Necesita ayuda	No es capaz
24. Don(ña), ¿es capaz de administrar su propio dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Don(ña), ¿es capaz de hacer compras solo(a) (por ejemplo la comida o ropa)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Don(ña), ¿es capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la cocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Don(ña), ¿es capaz de preparar la comida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Don(ña), ¿es capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Don(ña), ¿es capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo del periódico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Don(ña), ¿es capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Don(ña), ¿es capaz de administrar y manejar sus propios medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Don(ña), ¿es capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Don(ña), ¿es capaz de saludar a sus amigos(as) adecuadamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Don(ña), ¿es capaz de quedarse solo(a) en casa sin problemas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntaje total PFEFFER

1. Si el puntaje del test PFEFFER es MENOR O IGUAL A 5 debe continuar entrevista con el entrevistado original y se le aplica el cuestionario completo.

2. Si el puntaje del test PFEFFER es 6 o MÁS debe aplicarse el CUESTIONARIO REDUCIDO PARA EL ACOMPAÑANTE.

En este caso se aplican solo las siguientes preguntas (incorporando cambio de fraseo que considera preguntar sobre el ENTREVISTADO): Sección II p.6, p.8, p.11, p.12, p.14, p.15, p.16, p.21 (F1 a F4), p.24, p.25. Sección IV p.3, p.4.

SECCIÓN II: SATISFACCIÓN PERSONAL Y SALUD

1. Usted considera que su situación económica es:

» Leer alternativas

1. Muy buena
2. Buena
3. Regular
4. Mala
5. Muy mala

2. Se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede o no estar de acuerdo. Por favor dígame lo que piensa en cada caso:

» Mostrar tarjeta N°3

	De acuerdo	En desacuerdo
1. En gran parte, su vida está cercana a lo ideal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de su vida son excelentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Está satisfecho con su vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, ha conseguido las cosas que para usted son importantes en la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Si usted volviera a nacer, no cambiaría casi nada de su vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Comparado con otras personas de su edad, ¿Diría usted que actualmente su salud es...

1. Mejor?
2. Igual?
3. Peor?

4. Dígame si Ud. está de acuerdo o no con las siguientes frases:

» Mostrar tarjeta N°3

	De acuerdo	En desacuerdo	No responde
1. Las cosas se ponen cada vez peor a medida que usted envejece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene menos energía que hace un año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Entre más viejo(a) se pone, más inútil se siente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ahora es menos feliz que cuando era joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SALUD

5. ¿Cómo calificaría Ud. su estado de salud?

» Leer alternativas

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

6. ¿Toma Ud. Medicamentos o remedios diariamente?

1. Sí
2. No → Pasa a p.8

7. ¿En qué medida necesita tomar medicamentos para realizar sus actividades diarias?

» Mostrar tarjeta N°4

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

8. ¿Tiene Ud. alguna de las siguientes condiciones permanentes o de larga duración?

» Leer alternativas

1. Dificultad para hablar
2. Dificultad para desplazarse
3. Dificultad para oír
4. Dificultad para ver
5. Dificultad para escribir o tomar cosas con las manos
6. Dificultad para memorizar o recordar

	Sí	No
1. Dificultad para hablar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dificultad para desplazarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dificultad para oír	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dificultad para ver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificultad para escribir o tomar cosas con las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dificultad para memorizar o recordar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

» Si en sección I p.20.a marcó alternativa 1 "Sí, tiene problemas notorios de motricidad manual o ausencia de una o dos de las manos", no aplica

9. ¿Cuando usted firma o escribe, ¿usa la mano derecha o la izquierda?

1. Usa la mano derecha, es diestro
2. Usa la mano izquierda, es zurdo

10. En caso de necesidad ¿podría acceder a un servicio de salud que:

	Sí	No
1. Resuelva su problema de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Le expliquen con claridad su problema y el tratamiento a seguir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lo trate bien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lo atienda a tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Durante el último año, ¿le ha atendido un doctor o personal médico (enfermeras, consultas en centros médicos, etc.)? » Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No

12. ¿Le ha sido diagnosticada alguna de las siguientes enfermedades o condiciones?

» Leer alternativas

	Sí	No
1. Hipertensión o presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Enfermedades respiratorias (asma o enfisema pulmonar u otro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Derrame cerebral o embolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Artritis o artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Reumatismo, lumbago, dolor en músculos, ligamentos, tendones, articulaciones, escoliosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Enfermedad renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Depresión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Cefaleas, dolores constantes de cabeza, vértigo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Crisis de pánico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Cataratas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Lupus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Esclerosis múltiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Ha estado o se ha sentido en alguna de las siguientes situaciones? » *Mostrar Tarjeta N°5*

	1. Nunca	2. Pocas veces	3. Muchas veces	4. Siempre
Sus dientes o prótesis le incomodan cuando come	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se ha sentido incómodo por la apariencia de sus dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. ¿Tiene dificultad para realizar las siguientes actividades? Refiérase solo a dificultades permanentes o de larga duración.

	1. Sí	2. No	3. No lo hace
F1. ¿Tiene usted dificultad para caminar 1 cuadra ? → <i>Pasa a F3</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F2. ¿Tiene alguna dificultad para caminar 8 cuadras ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F3. ¿Tiene alguna dificultad para subir 2 o más pisos por la escalera sin descansar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F4. ¿Tiene alguna dificultad para subirse y desplazarse en una micro, metro o tren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A continuación le voy a pedir que haga los mismos ejercicios que yo voy a realizar.

F5. Por favor, en posición de pie, usted debería agacharse, tomar este lápiz desde el suelo y levantarlo.

- 0. No lo logra
- 1. Se agacha/encuclilla bien, pero tiene dificultad para tomar el objeto y levantarse
- 2. Se agacha/encuclilla y toma el objeto sin dificultad, pero le cuesta levantarse
- 3. Se agacha/encuclilla, toma el objeto y se levanta sin dificultad
- 4. Se niega a hacer la prueba

F6. Igual que en el ejercicio anterior, le pediré que haga lo mismo que yo: Subir o extender los brazos arriba de los hombros.

- 0. No lo logra
- 1. Presenta dificultad para levantar ambos brazos
- 2. Logra sin dificultad levantar uno de los brazos
- 3. Logra sin dificultad levantar ambos brazos
- 4. Se niega a hacer la prueba

F7. Ahora le voy a pedir que haga esto: Levante con su mano esta moneda de \$10 de la mesa y póngala en mi mano.

- 0. No lo logra
- 1. Presenta dificultad para lograrlo
- 2. Lo logra sin dificultad
- 3. Se niega a hacer la prueba

SECCIÓN III: SATISFACCIÓN DEL INDIVIDUO CON EL ENTORNO, SUS REDES DE APOYO Y TOMA DE DECISIÓN

1. ¿Qué tan satisfecho se encuentra usted con respecto a los siguientes aspectos?

» *Mostrar tarjeta N°6*

	Muy satisfecho	Satisfecho	Insatisfecho	Muy insatisfecho
1. Las condiciones de su vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las condiciones de su comuna o ciudad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Su jornada diaria y actividades de ocio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Su vida en familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Su trabajo (sólo a los que lo tienen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Con respecto a las siguientes situaciones, en los últimos dos años, ¿cuán a menudo usted...

» *Mostrar tarjeta N°5*

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. ... ha sido tratado con menos cortesía o respeto que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ... ha sido tratado como si fuera menos inteligente que el resto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ... ha sido tratado como si le tuvieran miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ...ha sido tratado de forma amenazante o acosadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ... ha recibido una peor atención en tiendas comerciales, que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ... ha recibido una peor atención en restaurants, que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ... ha recibido una peor atención en hospitales o centros de salud, que el resto de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ... sufre o ha sufrido malos tratos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ... sufre o ha sufrido abandono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si responde Nunca en todas las alternativas de p.2
→ *pase a p.4*

3. Si alguna de las situaciones anteriores le ha sucedido alguna vez, ¿Por qué cree que le ocurrió?

» *Respuesta múltiple y espontánea*

- 1. Por tener ascendencia étnica
- 2. Por su género
- 3. Por su nacionalidad
- 4. Por su edad
- 5. Por su clase social
- 6. Por su orientación sexual
- 7. Por su religión
- 8. Por su orientación política
- 9. Por una característica física visible
- 10. Por su peso
- 11. Por tener una discapacidad física o mental
- 12. Por su conocimiento
- 13. Por falta de estudios
- 14. Por ser pobre
- 15. Por estrés o mal carácter de otras personas
- 16. Otro. Especifique

4. Ahora por favor díganos qué tan de acuerdo o en desacuerdo se encuentra usted frente a las siguientes afirmaciones que la gente suele decir:

» *Mostrar tarjeta N°3*

	De acuerdo	En desacuerdo
1. No tiene sentido planear mucho para el futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Las cosas muy buenas que le suceden a uno son por buena suerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Uno es responsable de sus propios éxitos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Uno puede hacer casi cualquier cosa que se proponga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La mayoría de los problemas se deben a la mala suerte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Uno tiene poco control sobre las cosas malas que le suceden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Uno es responsable de sus propias fallas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Su espiritualidad, creencias personales o religiosas, ¿cuánto le ayudan a enfrentar dificultades en su vida?

» *Mostrar tarjeta N°4*

1. Nada
2. Poco
3. Bastante
4. Mucho

6. Ahora nos gustaría hacer algunas afirmaciones sobre su BARRIO, vale decir, las cuadras cercanas a su vivienda. Por favor, díganos qué respuesta coincide mejor con la realidad.

» *Mostrar tarjeta N°3*

	De acuerdo	En desacuerdo	No sabe
1. Se siente parte de este barrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. No hay problemas de vandalismo en este barrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. La mayoría de los vecinos son dignos de confianza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. La mayoría de los vecinos se sienten seguros caminando de noche por este barrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. La mayoría de los vecinos en este barrio son personas amigables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Si alguna vez se encuentra en problemas, la mayoría de los vecinos están dispuestos y atentos a ayudarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Se siente tratado con respeto por sus vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. No hay casas abandonadas en este barrio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Este barrio cuenta con un buen sistema de transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Este barrio está libre de acumulación de basura en las calles, caminos, veredas o espacios públicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Usted cuenta o podría contar con una persona...?:

	Sí	No	No sabe, no está seguro, no lo ha pensado	Principalmente, ¿quién es esa persona? <i>En caso de que diga sí</i>
				1. Hija 2. Hijo 3. Esposo(a) o pareja 4. Hermana 5. Hermano 6. Mamá 7. Papá 8. Nieta 9. Nieto 10. Nuera 11. Yerno 12. Otro familiar 13. Vecina(o) 14. Servicio doméstico 15. Cuidador(a) 16. Otra persona
1. Que le prepare comida si lo necesitara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Con la que quisiera pasar un buen rato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Que le ayude con las tareas domésticas si estuviera enfermo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Que le ayudara si tuviera que estar en cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Que lo(la) llevara al médico si lo necesitara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. Que comprenda sus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. Que lo(la) aconseje en caso de necesitarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Que le preste dinero si lo necesitara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. Con la que podría contar en las buenas y en las malas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. A quien llamar en caso de accidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. A quien amar y que lo(a) haga sentirse amado(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SOLO EN CASO QUE LA PERSONA TENGA PAREJA,
ESPOSO(A) O CONVIVIENTE**

8. Ahora le voy a hacer algunas preguntas sobre su **ESPOSO(A) o CONVIVIENTE**.

Por favor, díganos qué respuesta coincide mejor con la realidad.

» En caso de que el entrevistado se encuentre con otra persona, se lee además la siguiente instrucción:

Puede responder con el número que está al lado de cada alternativa.

» *Mostrar tarjeta N°4*

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Cuánto entiende él o ella la forma en que usted realmente se siente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuánto puede confiar en él o ella, cuando usted tiene un problema serio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuán sinceramente puede compartir sus preocupaciones y emociones con él o ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuán demandante suele ser él o ella, con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuán crítico suele ser él o ella, con usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuán desilusionado(a) se ha sentido usted, por acciones u omisiones de él o de ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ¿Cuán estresado(a) se ha sentido usted, por acciones u omisiones de él o de ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ¿Cuán cercana es la relación que usted mantiene con él o ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ¿Cuán agradable es el tiempo que pasa usted con él o ella?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ¿Cuán frecuentemente comparten momentos de diversión o distracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SOLO EN CASO QUE LA PERSONA TENGA
HIJOS VIVOS**

9. Ahora nos gustaría hacer algunas preguntas en relación a sus hijos.

Por favor, díganos qué respuesta coincide mejor con la realidad.

» En caso de que el entrevistado se encuentre con otra persona, se lee además la siguiente instrucción:

Puede responder con el número que está al lado de cada alternativa.

» *Mostrar tarjeta N°4*

	Nada	Poco	Bastante	Mucho
1. ¿Cuánto puede confiar en ellos, cuando usted tiene un problema serio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ¿Cuán sinceramente puede compartir sus preocupaciones y emociones con ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ¿Cuán desilusionado(a) se ha sentido usted, por acciones u omisiones de ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ¿Cuán cercana es la relación que usted mantiene con ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ¿Cuán agradable es el tiempo que pasa usted con ellos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ¿Cuán frecuentemente comparten momentos de diversión o distracción?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TODOS

10. Frente a las siguientes preguntas, nos gustaría que respondiera la opción que corresponda.

1= Es un tema que decido solo yo

2= Es un tema que lo decide otra persona

3= Tomo la decisión en conjunto con otra persona

» *Mostrar tarjeta N°7*

¿Quién decide...	1	2	3	No aplica
1. cómo resolver los asuntos relacionados a la familia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. qué bienes o electrodomésticos comprar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. cómo gastar su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. qué previsión de salud tener?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. qué doctores visitar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. qué actividades realizar y en qué momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. qué programas de televisión ver?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. dónde ir de vacaciones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Quisiera saber cómo usted resuelve algunas tareas domésticas en su hogar.

» *Solo para quienes viven en el hogar con otras personas*

1= Esta tarea la hago siempre yo

2= Esta tarea la hacen otros de mi hogar

3= Esta tarea la hacemos en conjunto

4= Esta tarea la hace una persona que no vive en mi hogar

» *Mostrar tarjeta N°8*

¿Quién...	1	2	3	4	No aplica
1. paga las cuentas o hace trámites?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hace las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. hace el aseo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. cocina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. cuida a otra persona (menores o adultos con grados de dependencia)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente sobre diferentes aspectos de su vida. Para cada uno dígame por favor, en los últimos dos años ¿cuán a menudo...

» *Mostrar tarjeta N°5*

	Nunca	Pocas veces	Muchas veces	Siempre
1. siente que le falta compañía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. se siente ignorado por los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. se siente aislado, apartado de los demás?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN IV: USO DEL TIEMPO

1. Sin tomar en cuenta su trabajo, ¿realizó alguna de las siguientes actividades en el último mes?

» *Mostrar Tarjeta "Último mes"*

	Sí	¿Cuántos días en el mes?	No
1. Cuidar a alguna persona con alguna incapacidad física	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Cuidar a niños menores de 12 años	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Trabajar de voluntario o apoyar a alguna organización civil sin pago o retribución	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ayudar a amigos, vecinos o familiares que no vivan con usted	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Asistir a algún curso de capacitación, charla informativa o clase	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Asistir a un concierto, cine, estadio u otro tipo de evento con público	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Comunicarse con amigos o familiares por teléfono o computador.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Visitar amigos, familiares o vecinos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Visitas al médico, dentista, terapeuta u otro servicio de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

2. De las siguientes actividades, por favor indicar si usted las realizó y cuántas horas le dedicó la semana pasada.

	Sí	Nº de horas	No
1. Leer algún libro, revista, o periódico	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
2. Escuchar música	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
3. Cantar o tocar un instrumento	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ver televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
5. Coser, bordar, tejer, o realizar otro tipo de manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
6. Hacer crucigramas, rompecabezas, juegos de número (sudoku)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
7. Jugar cartas, dominó, ajedrez u otros juegos de mesa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
8. Usar el computador	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
9. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
10. Practicar deportes o hacer ejercicios	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hacer aseo en su vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
12. Lavar, planchar, o zurcir ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
13. Hacer compras o los mandados	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
14. Cocinar o lavar platos	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pagar cuentas, cobrar pensión, trámites en general	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hacer actividades de mantenimiento del hogar, reparaciones, jardinería, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
17. Salir a almorzar o cenar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
18. Rezar, orar o meditar	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
19. Realizarse un tratamiento médico de rutina (kinesiólogo, diálisis, u otros)	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tomar una siesta	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cuidar una mascota	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

3. En los últimos 12 meses, ¿ha participado en alguna organización, grupo o club?

1. Si

2. No → *Pasa a Sección V*

4. Indique la/s organización/es, grupo/s o club/es en el/los que ha participado en los últimos 12 meses.

⚠ Respuesta espontánea, marque las que el entrevistado indique.

1. Juntas de vecinos u otra organización territorial (comité de aguas, comité de allegados, otros)
2. Club deportivo o recreativo
3. Organización religiosa o de iglesia
4. Agrupaciones artísticas o culturales (grupo folclórico, de teatro, de música, de baile, de danza, otros)
5. Grupo de identidad cultural (asociaciones indígenas, círculos de inmigrantes, otros)
6. Agrupaciones de mujeres (centros de madres, talleres de mujeres, organizaciones de mujeres y/o género, otros)
7. Agrupaciones de adulto mayor (club de adulto mayor, asistentes de centros de día, otros)
8. Grupos de voluntariado (damas de colores, cruz roja, voluntarios en instituciones de caridad, otros)
9. Grupos de autoayuda en salud (de diabéticos, hipertensos, obesos, alcohólicos anónimos, personas con discapacidad, grupos asociados a otros problemas de salud)
10. Partido político
11. Sindicato
12. Asociación gremial, colegio profesional, otros
13. Centro de Padres y Apoderados
14. Otro. Especifique

5. ¿Con qué frecuencia usted se reúne o participa activamente en esa/s organización/es?

⚠ Para cada alternativa que señaló anteriormente (p.4).

1. Diariamente
2. Al menos una vez a la semana
3. Al menos una vez al mes
4. Al menos una vez en 3 meses
5. Al menos una vez en 6 meses
6. Al menos una vez en el año
7. Con menor frecuencia que las señaladas
8. No se acuerda
9. No responde

4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECCIÓN V: USO DE TECNOLOGÍAS

1. ¿Usted posee...

	Sí	No
1. Computador (PC, netbook, laptop, tablet)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Teléfono celular?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. ¿Tiene Ud. o algún miembro de su hogar acceso a algún tipo de conexión pagada a Internet en la vivienda, independiente de si se usa o no?

» Respuesta múltiple. Leer las alternativas.

1. Banda ancha fija o móvil
2. Teléfono móvil o celular con Internet (smartphone)
3. Tablet u otro dispositivo con Internet
4. No

3. Si necesita escribir o recibir un correo electrónico, o si necesita buscar alguna información o realizar algún trámite por Internet...

» Leer

	Sí	No
1. Lo hace usted mismo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiene a otra persona que lo haga por usted	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Pasa a sección VI

4. ¿Usted asistiría a un curso o capacitación para el uso del computador y nuevas tecnologías?

1. Sí
2. No

SECCIÓN VI: ORGANIZACIÓN DEL PRESUPUESTO

1.a. ¿Cuál fue su **INGRESO** total incluyendo sueldos, pensiones, subsidios, ayuda de amigos y parientes, arriendos y otros el **ÚLTIMO MES**?

» Indique el monto en \$ con todas las cifras que el encuestado señale

\$

→ Pasa a p.2

» Si no responde espontáneamente, Mostrar Tarjeta "Tramos de Ingresos" y preguntar:

1.b. ¿En qué tramo se ubicaría el total de sus ingresos del último mes?

1. Menos de \$100.000
2. Entre \$100.000 y \$149.999
3. Entre \$150.000 y \$199.999
4. Entre \$200.000 y \$249.999
5. Entre \$250.000 y \$300.000
6. Entre \$300.000 y \$399.999
7. Entre \$400.000 y \$499.999
8. Entre \$500.000 y \$749.999
9. Entre \$750.000 y \$1.000.000
10. Entre \$1.000.001 y \$2.000.000
11. Entre \$2.000.001 y \$3.000.000
12. Entre \$3.000.001 y \$4.000.000
13. Más de \$4.000.000

2. ¿Cuál es el gasto total que usted realiza mensualmente tanto dentro como fuera del hogar?

» Registre 88 si responde No sabe

\$

2.a. ¿Usted aporta mensualmente dinero al hogar?

Sí	No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\$

3. A continuación, le voy a preguntar sobre gastos del hogar y los suyos en diferentes ítems.

	¿Cuánto gasta su hogar en...		¿Cuánto aporta usted en...	
	\$	No sabe	\$	No sabe
1. Agua				
2. Luz				
3. Gas				
4. Calefacción: leña, parafina, pellets				
5. Vivienda propia:				
- dividendo mensual				
- gastos comunes mensuales				
6. Vivienda arrendada:				
- arriendo mensual				
- gastos comunes mensuales				
7. Productos y servicio de aseo para el hogar				
8. Productos de higiene y cuidado personal				
9. Alimentación y bebidas (no incluya las bebidas alcohólicas)				
10. Bebidas alcohólicas y cigarrillos				
11. Teléfono celular				
12. Cable, Televisión satelital y teléfono fijo				
13. Transporte y movilización:				
- Pasaje de micro, bus, taxi, metro, etc.				
- Combustible				
- Mantenimiento y seguros de auto propio				
14. Vestuario y calzado				
15. Cuotas de créditos (automotriz, de consumo, casas comerciales)				
16. Otros gastos (no incluya gastos en salud o actividades recreacionales)				
17. Medicamentos y remedios				
GASTO TOTAL				

4.a.1. ¿En el último año, visitó al psicólogo?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.4.b.1

4.a.2. ¿Cuántas veces visitó al psicólogo en el año? Y ¿aproximadamente cuánto pagó por cada visita?

» Leer el monto total gastado en el año y confirmar con el entrevistado

Veces al año	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.b.1. ¿En el último año, se realizó exámenes médicos?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.4.c.1

4.b.2. ¿Cuántas veces en el año se realizó exámenes médicos? Y ¿aproximadamente cuánto pagó cada vez?

Veces al año	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.c.1. ¿En el último año, realizó visitas al médico?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.4.d.1

4.c.2. ¿Cuántas veces en el año realizó visitas al médico? Y ¿aproximadamente cuánto pagó por cada visita?

Veces al año	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.d.1. ¿En el último año, realizó visitas al dentista?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.4.e.1

4.d.2. ¿Cuánto pagó por todo el tratamiento?

\$
<input type="text"/>

4.e.1. ¿En el último año, asistió a terapias o rehabilitaciones? » Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.4.f.1

4.e.2. ¿Cuántas veces en el año asistió a terapias o rehabilitaciones? Y ¿aproximadamente cuánto pagó cada vez?

Veces al año	\$
<input type="text"/>	<input type="text"/>

4.f.1. ¿En el último año, estuvo hospitalizado?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Sí
2. No → Pasa a p.5.a

4.f.2. ¿Cuánto pagó en total?

\$
<input type="text"/>

5.a. En el último año, ¿quién ha pagado principalmente los gastos en Isapre/Fonasa?

» Mostrar Tarjeta "Último año"

1. Usted
2. Hija
3. Hijo
4. Esposo(a) o pareja
5. Hermana
6. Hermano
7. Mamá
8. Papá
9. Nieta
10. Nieto
11. Nuera
12. Yerno
13. Otro familiar
14. Otra persona
15. No paga/No aplica

5.b. En el último año, ¿quién ha pagado principalmente los gastos en seguros médicos complementarios?

» *Mostrar Tarjeta "Último año"*

- 1. Usted
- 2. Hija
- 3. Hijo
- 4. Esposo(a) o pareja
- 5. Hermana
- 6. Hermano
- 7. Mamá
- 8. Papá
- 9. Nieta
- 10. Nieto
- 11. Nuera
- 12. Yerno
- 13. Otro familiar
- 14. Otra persona
- 15. No paga/No aplica

6.a. En el último año, ¿ha tenido suficiente dinero para cubrir sus necesidades básicas?

» *Mostrar Tarjeta "Último año"*

- 1. Sí → *Pasa a p.7*
- 2. No

6.b. ¿En cuántos meses le ha ocurrido esto en el último año?

» *Mostrar Tarjeta "Último año"*

7. ¿Cuál es el gasto aproximado mensual que realiza usted en los siguientes ítems....

» *Si usted no gasta en un determinado ítem, simplemente indique \$0.*

	\$
1. Eventos con público masivo (conciertos, cine, estadio u otros)	<input type="text"/>
2. Deportes, ejercicio u otra actividad relacionadas con canchas o membresías	<input type="text"/>
3. Hobbies (fotografía, música, lectura, etc.)	<input type="text"/>
4. Restaurantes, cafés, pubs (incluya las bebidas alcohólicas)	<input type="text"/>
5. Regalos o aportes a familiares, amigos, vecinos	<input type="text"/>
GASTO TOTAL	<input type="text"/>

8. En los últimos 3 meses, ¿usted, su cónyuge o su pareja han contraído deudas?

- 1. Sí
- 2. No → *Pasa a p.13*

9. ¿Cuál es el monto aproximado de esta(s) nueva(s) deuda(s) contraída(s) en los últimos 3 meses?

\$

10. ¿Con qué institución o instituciones contrajo o contrataron estas nuevas deudas?

» *Respuesta múltiple*

- 1. Banco
- 2. Caja de Compensación
- 3. Casa Comercial, retail
- 4. Familiar
- 5. Amigo
- 6. Prestamista
- 7. Supermercado
- 8. Otro. Especifique

11. Ordene las instituciones anteriores de mayor a menor monto de deuda.

1. Banco
2. Caja de Compensación
3. Casa Comercial, retail
4. Familiar
5. Amigo
6. Prestamista
7. Supermercado
8. Otro

Institución 1	Institución 2	Institución 3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Indique la causa principal por la que adquirió esta(s) nueva(s) deuda(s) en los últimos 3 meses:

» Leer

1. Porque mis ingresos disminuyeron
2. Por gastos extraordinarios
3. Otra razón. Especifique

13. ¿Cuáles de los siguientes ítems han hecho aumentar sus gastos en los últimos 3 meses?

» Puede marcar más de una opción

1. Alimentación
2. Salud
3. Vestuario
4. Mantenimiento de vivienda
5. Servicios básicos
6. Transporte
7. Arriendo/dividendos
8. Recreación y deporte
9. Vacaciones/viajes
10. Otros, especifique

11. No han aumentado mis gastos

14. Si tuviese que reducir sus gastos, ¿Cuáles serían los ítems que ajustaría en su presupuesto?:

» *Enumere hasta 3, señalando en primer lugar el ítem en que primero dejaría de gastar*

- 1. Alimentación
- 2. Salud
- 3. Vestuario
- 4. Mantenimiento de vivienda
- 5. Servicios básicos
- 6. Transporte
- 7. Arriendo/dividendos
- 8. Recreación y deporte
- 9. Vacaciones/viajes
- 10. Otros, especifique

1º opción

2º opción

3º opción

Esta ha sido la última pregunta, quisiera agradecerle su tiempo y disposición para responder la encuesta, cualquier duda que le surja puede realizarla al teléfono que se encuentra en la carta que fue entregada al inicio.

ENCUESTADOR

15. ¿Algún miembro del hogar ayudó al entrevistado a contestar la encuesta?

- 1. Sí, toda la encuesta
- 2. Sí, solo en algunas preguntas
- 3. No

La siguiente pregunta no se aplica en caso de que la encuesta fue completada por el ACOMPAÑANTE

16. ¿EL ENTREVISTADO tuvo algunos de los siguientes problemas para contestar?

- 1. Escuchaba con dificultad
- 2. Dificultad para contestar (problemas de habla)
- 3. No comprendía lo que le preguntaba
- 4. No recordaba
- 5. No quiso contestarla solo(a)
- 6. En algunos momentos, se mostró agresivo o amenazante.
- 7. Todas las anteriores
- 8. No tuvo problemas



Centro UC
Encuestas y Estudios
Longitudinales

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR