

## Anexo 7. Cuestionarios

ENEP-1

### ENCUESTA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL ENEP-2010

República de Cuba  
Centro de Estudios de Población y Desarrollo  
Oficina Nacional de Estadísticas  
Fondo de Población de las Naciones Unidas

Los datos anotados en los cuestionarios tienen carácter estrictamente confidencial, y no podrán ser divulgados en forma alguna por los funcionarios que tengan acceso a la información individual, ni podrán ser usados para otros fines distintos a la formación de resúmenes numéricos de los resultados de la Encuesta. (Artículo 12 de la Ley 578 de 25-IX-1959).

### CUESTIONARIO DE LA VIVIENDA Y EL HOGAR (PARA LAS VIVIENDAS SELECCIONADAS)

IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA						PARA USO OFICINA
Provincia	Municipio	Distrito	Área	Sección	No. orden	No. consecutivo dentro del libro
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### RESULTADOS DE LA VISITA A LA VIVIENDA

Visita	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Sexta
Fecha						
Resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Entrevistador						
Supervisor (visita de acompañam.)						
Observaciones						

#### Códigos del resultado de la entrevista:

1. Se llenó el ENEP-1 completamente 2. Ningún residente presente el día de la visita. 3. Ningún residente presente durante todo el período 4. Se negaron a participar 5. Vivienda vacía o dirección que no corresponde a una vivienda particular 6. No se encontró la vivienda 7. Se pospuso la entrevista a residentes de la vivienda 8. Se llenó el formulario y no hay persona elegible 9. Otro (especificar en observaciones)

**Hoja de selección de la persona de 60 años y más a entrevistar**

1. Por favor, dígame el nombre y la edad de todas las personas de 80 años o más que residen permanentemente en esta vivienda comenzando por la de más edad.
2. Ahora, dígame el nombre y la edad de todas las personas de 60 a 79 años que residen permanentemente en esta vivienda comenzando por la de más edad.

No	Nombre	Edad	VIVIENDAS																								
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
1			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2			2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
3			3	2	1	3	1	2	3	2	1	2	1	3	1	2	3	3	1	2	1	2	3	3	1	2	3
4			1	3	4	2	3	2	4	1	4	1	3	2	3	1	2	4	2	3	4	1	1	2	4	3	4

**ENCUESTADOR: Aplique el siguiente Procedimiento para la selección del adulto mayor a entrevistar:**

- a) Si hay solamente una persona de 80 años o más, esa persona quedará automáticamente seleccionada (no necesita realizar la pregunta 2, es decir, no tiene que registrar al resto de personas menores de 80 años).
- b) Si hay más de una persona de 80 años y más, proceda a seleccionar una de ellas según se indica a continuación (no necesita realizar la pregunta 2, es decir, no tiene que registrar al resto de personas menores de 80 años).
  - Compruebe que los de 80 y más quedaron ordenados de mayor a menor,
  - Ubíquese en la columna que corresponde al número de la vivienda, e identificará la fila correspondiente a la última persona registrada, el número que aparezca en la casilla de la intersección de la fila con la columna se circulará y este será el que indique el número de la persona seleccionada.
  - La persona que resulte seleccionada se identificará circulando el número de orden que le corresponde en la primera columna del anterior cuadro
- c) De no haber persona de 80 años o más, realice la pregunta 2, es decir, registre el nombre del resto de los adultos de 60 a 79 años comenzando por el mayor, y proceda a seleccionar a uno de ellos, con el mismo procedimiento anterior, es decir:
  - Compruebe que quedaron ordenadas de mayor a menor,
  - Ubíquese en la columna que corresponde al número de la vivienda, e identificará la fila correspondiente a la última persona registrada, el número que aparezca en la casilla de la intersección de la fila con la columna se circulará y este será el que indique el número de la persona seleccionada.
  - La persona que resulte seleccionada se identificará circulando el número de orden que le corresponde en la primera columna del anterior cuadro.

Nombre del Adulto Mayor Seleccionado \_\_\_\_\_

## ENCUESTA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL 2010

### DATOS DEL HOGAR

NÚMERO DE PERSONA	1. NOMBRES	2. PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	3. SEXO	4. EDAD	5. COLOR DE LA PIEL	6. ESTADO CONYUGAL	7. PARENTESCO DE CADA MIEMBRO CON LA PERSONA SELECCIONADA
	Dígame los nombres de las personas que forman parte del hogar del adulto mayor seleccionado, comenzando por el Jefe de Hogar.  <b>ENCUESTADOR</b> Anote primero los nombres de todos los miembros del hogar. Posteriormente realice las preguntas de la 2 a 6, para cada miembro.  ↓	¿Cuál es el parentesco con el Jefe de Hogar? 01-Jefe del hogar 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente  →	¿Es varón o hembra?  1-Varón 3-Hembra  →	¿Cuántos años cumplidos tiene?  <b>ENCUESTADOR</b> Anote con tres dígitos para 100 y más.  →	<b>ENCUESTADOR</b> No preguntar. Marque la casilla  1-Blanco 2-Negro 3-Mulato o mestizo  →	¿Cuál es su estado conyugal?  1-Casado/a 2-Unido/a 3-Divorciado/a 4-Separado/a 5-Viudo/a 6-Soltero/a  ↓	ENCUESTADOR: Escriba 01 en el escaque de la fila de la persona de 60 años o más elegida para la entrevista, y continúe  ↓ ¿Cuál es el parentesco de (nombre en cada fila) con la persona seleccionada? 01-Persona elegida 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	
01		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENCUESTADOR: Para asegurarse de que no falte por relacionar alguna persona del hogar del Adulto Mayor Seleccionado, pregunte: ¿Además de (lea los nombres relacionados), hay alguna otra persona, con o sin vínculo de parentesco, que comparta el presupuesto, los alimentos, y conviva de forma habitual con el Adulto Mayor Seleccionado? En caso afirmativo, anótelos(s) y llénele(s) los datos; en caso negativo, Pase a Pregunta 7.

### DATOS DEL HOGAR

## ENCUESTA NACIONAL DE ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL 2010

NÚMERO DE PERSONA	1. NOMBRES	2. PARENTESCO CON EL JEFE DE HOGAR	3. SEXO	4. EDAD	5. COLOR DE LA PIEL	6. ESTADO CONYUGAL	7. PARENTESCO DE CADA MIEMBRO CON LA PERSONA SELECCIONADA
	Dígame los nombres de las personas que forman parte del hogar del adulto mayor seleccionado, comenzando por el Jefe de Hogar.  <b>ENCUESTADOR</b> Anote primero los nombres de todos los miembros del hogar. Posteriormente realice las preguntas de la 2 a 6, para cada miembro.  ↓	¿Cuál es el parentesco con el Jefe de Hogar? 01-Jefe del hogar 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente  →	¿Es varón o hembra?  1-Varón 3-Hembra   →	¿Cuántos años cumplidos tiene?  <b>ENCUESTADOR</b> Anote con tres dígitos para 100 y más.   →	<b>ENCUESTADOR</b> No preguntar. Marque la casilla  1-Blanco 2-Negro 3-Mulato o mestizo   →	¿Cuál es su estado conyugal?  1-Casado/a 2-Unido/a 3-Divorciado/a 4-Separado/a 5-Viudo/a 6-Soltero/a   ↓	↓ ¿Cuál es el parentesco de (nombre en cada fila) con la persona seleccionada? 01-Persona elegida 02-Esposa(o) o Compañera(o) 03-Hijo(a) 04-Madre 05-Padre 06-Suegro(a) 07-Nieto(a) 08-Yerno o nuera 09- Otro Pariente 10-No pariente
	(1)	(2)	(3)	(4)		(5)	
11		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
16		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENCUESTADOR: Para asegurarse de que no falte por relacionar alguna persona del hogar del Adulto Mayor Seleccionado, pregunte: ¿Además de (lea los nombres relacionados), hay alguna otra persona, con o sin vínculo de parentesco, que comparta el presupuesto, los alimentos, y conviva de forma habitual con el Adulto Mayor Seleccionado? En caso afirmativo, anótelos y llénele (s) los datos; en caso negativo, Pase a Pregunta 7.

## CUESTIONARIO INDIVIDUAL PARA PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS

### IDENTIFICACIÓN DE LA VIVIENDA

Provincia

 

Municipio

 

Distrito

  

Área

Sección

 

No. orden

 

### RESULTADOS DE LA ENTREVISTA A LA PERSONA DE 60 AÑOS Y MÁS SELECCIONADA

Visita	Primera	Segunda	Tercera	Cuarta	Quinta	Sexta
Fecha						
Resultado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Observaciones						
Entrevistador						

#### Códigos del resultado de la entrevista:

1. Completa    2. Completa con SUSTITUTO    3. Incompleta    4. Entrevista aplazada    5. Ausente el día de la visita  
 6. Ausente durante todo el período    7. Negada a participar    8. Sin capacidad de dar información y no se encontró SUSTITUTO    9. Otro (especificar en observaciones)

### EVALUACION COGNITIVA

**ENCUESTADOR:** La Evaluación Cognitiva debe ser aplicada sólo al Adulto Mayor Seleccionado. En el caso de que el Adulto Mayor resulte sordo, o con problemas severos en el lenguaje o intelecto que le impiden la comunicación, se seleccionará un SUSTITUTO al que NO se le aplicará la Evaluación, es decir directamente se pasará a Sección I, Pregunta 2. En el caso que no se encuentre SUSTITUTO no se procede a realizar la entrevista.

En los casos de personas sordas o mudas que cuenten con la ayuda de un auxiliar que funcione como intérprete o traductor, se realizará la Evaluación Cognitiva por esta vía, y si procede se continuará con el cuestionario.

Uno de los aspectos de este estudio es explorar cómo se siente usted acerca de algunos problemas de salud. Nos gustaría comenzar con algunas preguntas sobre su memoria.

1. ¿Diría usted que su memoria actualmente es...?	Excelente.....1	<input type="text"/>
	Muy buena.....2	<input type="text"/>
	Buena.....3	<input type="text"/>
	Regular.....4	<input type="text"/>
	Mala .....5	<input type="text"/>
	No Sabe/No Responde.....9	<input type="text"/>
2. Comparando con hace 1 año diría usted que ¿Su memoria actualmente está...?	Mejor.....1	<input type="text"/>
	Igual .....2	<input type="text"/>
	Peor.....3	<input type="text"/>
	NS/NR.....9	<input type="text"/>

## EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MMSE)

3. Por favor dígame la fecha de hoy.

**ENCUESTADOR:** Anote "1" punto por cada respuesta correcta y "0" punto en caso de respuesta incorrecta o ausencia de respuesta

Incorrecto 0/ Correcto 1

Día del mes.....  
Mes.....  
Año.....  
Día de la semana.....

Total de puntos   
(Máximo 4 puntos)

4. Ahora le voy a mencionar 3 palabras. Después que las diga le voy a pedir que repita en voz alta las palabras que pueda recordar en cualquier orden. Recuerde cuáles son porque se las voy a volver a preguntar más adelante.

**ENCUESTADOR:** Lea las tres palabras en forma pausada y clara, una sola vez, y registre:

Se anota "1" punto por cada palabra Recordada y "0" para los No Recordados

Si el total recordado es distinto de 3:

1. Repita todas las palabras hasta que se las aprenda - máximo de repeticiones: 5 veces.
2. Anote el número de repeticiones que tuvo que hacer
3. Nunca corrija la primera evaluación.

Incorrecto 0/ Correcto 1

Árbol.....  
Mesa.....  
Perro.....  
Número de repeticiones.....

Total de puntos   
(Máximo 3 puntos)

5. Ahora le voy a decir unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

**ENCUESTADOR:** Anote la respuesta en el espacio correspondiente.

La puntuación es el número de dígitos en el orden correcto

Ej: 9 7 5 4 3 1      Añadió un número; 5-1= 4

9 3 5 7 1      2 números en otro lugar; 5-2= 3

9 5 3 1      Olvidó un número; 5-1= 4

9 9 7 5 3 1      Un número extra; 5-1= 4

Respuesta del entrevistado.....  
Respuesta correcta..... 9 7 5 3 1

Número de dígitos en el orden correcto.....  
(Máximo 5 puntos)

6. Hace un momento leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

**ENCUESTADOR:** Anote "1" punto por cada respuesta correcta en cualquier orden, y anote "0" para las que No Recordó.

Incorrecto 0/ Correcto 1

Árbol.....  
Mesa.....  
Perro.....

Total.....  
(Máximo 3 puntos)

**ENCUESTADOR :** Sume las respuestas correctas de las preguntas 3 a 6, y anote el total en la casilla:  
(El puntaje máximo obtenible es 15)

TOTAL.....

Suma es 9 o más.....1 → Pase a Sección I

Suma es 8 o menos.....2 → Pregunte por un SUSTITUTO para continuar.

**ENCUESTADOR:** Si la Suma es 8 o menos, pregunte por un SUSTITUTO y responda:

¿Encontró SUSTITUTO?

Sí.....1 → Pase a Sección I, Pregunta 2

No.....3 → Agradezca la colaboración y termine la entrevista

## SECCIÓN I. ESTADO DE SALUD

### Estado general de salud

1. ¿Diría usted que su salud es?

**ENCUESTADOR: Admite una sola marca. No responde el Sustituto**

Excelente.....	1	<input type="checkbox"/>
Muy buena.....	2	<input type="checkbox"/>
Buena.....	3	<input type="checkbox"/>
Regular.....	4	<input type="checkbox"/>
Mala.....	5	<input type="checkbox"/>
No sabe/no responde.....	9	<input type="checkbox"/>

2. Enfermedades o padecimientos crónicos presentes en el adulto(a) mayor y sus limitaciones.

**ENCUESTADOR: Escriba el código de la respuesta correspondiente para cada columna en las casillas de cada fila. Para cada respuesta 2a =1, pregunte 2b. Si 2a ≠1 no pregunte 2b**

Enfermedad o Padecimiento	2a) ¿Alguna vez un doctor o enfermera le ha dicho si usted padece de....?	2b) ¿Esta enfermedad o padecimiento lo limita para realizar sus actividades diarias?									
	Sí.....1 No.....2 No Sabe.....8 No Responde.....9	Mucho.....1 Bastante.....2 Regular.....3 Poco.....4 Nada.....5 NS/NR .....9									
	Padece	Limitación									
a) Hipertensión arterial o presión sanguínea alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
b) Diabetes Mellitus o niveles altos de azúcar en sangre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
c) Algún tipo de cáncer o tumor maligno (excluye tumores pequeños de piel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
d) Enfermedad pulmonar crónica como asma, bronquitis o enfisema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
e) Cardiopatía isquémica o enfermedad coronaria, angina, infarto, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
f) Problemas nerviosos o psiquiátricos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
g) Embolia, derrame, isquemia o trombosis cerebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
h) Artritis, reumatismo o artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
i) Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
j) Catarata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
k) Glaucoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
l) Demencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
m) Mal de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
n) Incontinencia urinaria permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
o) Incontinencia para la defecación permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
3. ¿Siente temor o incertidumbre por su salud en el futuro?	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/No Responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Sí.....	1	<input type="checkbox"/>	No.....	2	<input type="checkbox"/>	No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>
Sí.....	1	<input type="checkbox"/>									
No.....	2	<input type="checkbox"/>									
No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>									

**ENCUESTADOR: No responde el SUSTITUTO**

Estado funcional						
4. ¿Puede usted realizar las siguientes actividades básicas de la vida diaria (ABVD) sólo o necesita ayuda parcial o total? <b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca por fila</b>		Solo	Con ayuda parcial	Con ayuda total	No Sabe/No Responde	
a) Bañarse (incluye entrar y salir de la bañera)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
b) Vestirse (incluye ponerse los zapatos y las medias)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
c) Usar el servicio sanitario (incluye sentarse y levantarse del inodoro)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
d) Acostarse o levantarse de la cama		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
e) Comer (incluye cortar la comida, llenar los vasos, etc.)		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
f) Cruzar un cuarto caminando		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
4.1 ¿Cuántas personas le ayudan a realizar estas actividades básicas de la vida diaria (ABVD)? <b>ENCUESTADOR. Si es Ninguna anote "0"</b>		<input type="text"/>				
5. ¿Puede usted realizar las siguientes actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) sólo o necesita ayuda? <b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca por fila. Leer las respuestas</b>		Sí lo hace/ Nunca lo hace pero lo podría hacer ahora	Lo hace con dificultad, pero lo hace/ Nunca lo hace y le sería difícil hacerlo ahora	Necesita (o necesitaría) ayuda para hacerlo.	No es capaz de hacerlo	No Sabe/No Responde
a) Preparar una comida caliente		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Manejar su propio dinero		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Ir a lugares solo como al doctor, la iglesia, etc.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Hacer las compras de alimentos		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Llamar por teléfono		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Hacer quehaceres ligeros de la casa como hacer las camas, sacudir, etc.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) Hacer quehaceres pesados de la casa como limpiar el baño, limpiar pisos, etc.		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) Tomar sus medicinas		1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5.1 ¿Cuántas personas le ayudan a realizar estas actividades instrumentadas (AIVD)? <b>ENCUESTADOR. Si es Ninguna anote "0"</b>		<input type="text"/>				



Servicios						
6.1 De los siguientes servicios o actividades, ¿Cuáles usted ha utilizado o recibido en los últimos 4 meses?						
6.2 ¿Se encuentra usted satisfecho con ellos?						
ENCUESTADOR: Si utiliza o Recibe el servicio (6.1=1). Pregunte 6.2.						
Si No utiliza o Recibe el servicio, no pregunte 6.2 y solo puede aparecer una marca por fila.						
LOS SUSTITUTOS sólo marcarán en las columnas de la utilización del servicio (Columna 6.1).						
	6.1 Lo ha utilizado o Recibido		6.2 Nivel de satisfacción			
	Sí	No	Satisfecho	Medianamente satisfecho	Insatisfecho	No Sabe/No Responde
a) Médico de la familia	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Atención médica a domicilio (médico o enfermera de la familia)	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Consulta en policlínico	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Consulta en hospital	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Ingreso hospitalario	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Consulta estomatológica	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) Compra de medicamentos	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) Fisioterapia/Rehabilitación	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i) Atención a domicilio de fisioterapeuta, podólogo, u otro especialista.	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j) Acompañamiento	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k) Actividades recreativas en la comunidad (teatros, cines, ferias, deportes, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
Actividad física						
7. ¿Podría decirme la frecuencia con que realiza las siguientes actividades durante la semana? ENCUESTADOR: Admite solo una marca por fila	Más de 3 veces por semana	2 ó 3 veces por semana	Una vez por semana	Menos de una vez por semana	No la realiza	No Sabe/No Responde
a) Caminar (como actividad física)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Gimnasia suave (tercera edad, tai chi, otra)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Gimnasia fuerte (Correr o trotar, aeróbica, natación, bicicleta, otra)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Subir y bajar escaleras	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Limpiar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Otra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Ayudas técnicas					
8. Algunas personas necesitan ciertas ayudas para caminar, ver, oír, etc. ¿Podría decirme si usted necesita y cuenta con los siguientes medios? <b>ENCUESTADOR: Admite una marca por fila. Leer las respuestas</b>	Sí lo necesita, y lo tiene en buen estado	Sí lo necesita, y lo tiene pero en mal estado	Sí lo necesita, pero no lo tiene	No lo necesita	No Sabe/No Responde
a) Espejuelos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Aparato auditivo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Puentes, dientes y dentadura postiza	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Andador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Bastón	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Muletas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) Zapatos ortopédicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) Soporte o refuerzo (piernas o espalda)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i) Prótesis ortopédica	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j) Oxígeno o respirador	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k) Silla de rueda	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9. ¿Participa usted en el Círculo de Abuelos?	Sí .....1 <input type="checkbox"/> No, porque no hay uno cerca.....2 <input type="checkbox"/> No, porque no lo desea/no puede.....3 <input type="checkbox"/> No Sabe/No responde.....9 <input type="checkbox"/>				
Actividades preventivas de salud					
ENCUESTADOR: Si está respondiendo un SUSTITUTO → Pase a Sección II					
10. ¿Cuáles efectos perjudiciales puede tener el exceso de sol? <b>ENCUESTADOR: No lea las respuestas. Admite varias marcas</b>	Ninguno .....1 <input type="checkbox"/> Cáncer de piel.....2 <input type="checkbox"/> Vitiligo .....3 <input type="checkbox"/> Manchas de piel .....4 <input type="checkbox"/> Caída del pelo.....5 <input type="checkbox"/> Otro.....6 <input type="checkbox"/> No Sabe.....8 <input type="checkbox"/> No Responde.....9 <input type="checkbox"/>				
11. ¿Qué medidas conoce para protegerse del exceso de sol? <b>ENCUESTADOR: Lea las respuestas. Admite varias marcas</b>	Usar ropas adecuadas.....1 <input type="checkbox"/> Usar sombrillas, sombreros o gorras.....2 <input type="checkbox"/> Usar mantequilla en la playa.....3 <input type="checkbox"/> Usar gafas de sol.....4 <input type="checkbox"/> Usar protector solar.....5 <input type="checkbox"/> Buscar sombra.....6 <input type="checkbox"/> Broncearse.....7 <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde.....9 <input type="checkbox"/>				

12. ¿Cuál de las siguientes medidas ha utilizado durante su vida para protegerse del exceso de sol?					
<b>ENCUESTADOR: Admite una marca por fila</b>					
Medidas	Frecuente- mente	A veces	Rara vez	Nunca	No sabe/No responde
a) Sombrilla/sombreros o gorra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Ropas que cubran mayor área del cuerpo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Buscar la sombra	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Usar gafas de sol	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Usar Protector solar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
13. En su juventud (hasta 29 años), ¿realizaba usted frecuentemente alguna actividad expuesta al sol?		Juegos/Ejercicios.....1 <input type="checkbox"/> Trabajar .....2 <input type="checkbox"/> Baño en la playa, río o presa.....3 <input type="checkbox"/> Pesca.....4 <input type="checkbox"/> Caminar .....5 <input type="checkbox"/> Ninguna.....6 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde.....9 <input type="checkbox"/>			
<b>ENCUESTADOR. Lea las opciones. Admite varias marcas</b>		} Pase a 14			
13a) ¿En qué horario hacía esta actividad?		7:00 am a 9:59 am.....1 <input type="checkbox"/> 10:00 am a 6:00 pm.....2 <input type="checkbox"/> Otro horario.....3 <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde.....9 <input type="checkbox"/>			
<b>ENCUESTADOR: Admite varias marcas</b>					
14) Hasta los 20 años de edad, ¿En qué horario se bañaba usted en la playa, río o presa?		Antes de las 10:00 am.....1 <input type="checkbox"/> Entre las 10 am y las 4:00 pm.....2 <input type="checkbox"/> Después de las 4:00 pm.....3 <input type="checkbox"/> En cualquier horario.....4 <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde.....9 <input type="checkbox"/>			
<b>ENCUESTADOR: Admite una sola marca</b>					
<b>SECCION II. SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA</b>					
<b>Nivel educacional</b>					
1. ¿Cuál es el nivel de estudio más alto que aprobó completamente?		Ningún grado aprobado.....01 <input type="checkbox"/> Primaria sin terminar.....02 <input type="checkbox"/> Primaria terminada.....03 <input type="checkbox"/> Secundaria básica.....04 <input type="checkbox"/> Obrero calificado.....05 <input type="checkbox"/> Preuniversitario.....06 <input type="checkbox"/> Técnico Medio.....07 <input type="checkbox"/> Magisterio o Pedagogía nivel medio.....08 <input type="checkbox"/> Superior o universitario.....09 <input type="checkbox"/> No sabe.....99 <input type="checkbox"/>			
<b>Empleo</b>					
2. ¿Alguna vez en su vida ha tenido algún trabajo por el cual recibió un pago en dinero o en especie?		Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/> No sabe.....8 <input type="checkbox"/> No responde .....9 <input type="checkbox"/>			
		} Pase a 5			

<p>3. ¿Qué categoría ocupacional ha desempeñado la mayor parte de su vida?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca</b></p>	<table border="0"> <tr><td>Dirigente.....</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trabajador(a) Administrativo(a).....</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Profesional /Técnico(a) .....</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obrero(a) no agropecuario .....</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Obrero(a) o trabajador(a) agropecuario.....</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trabajador(a) de los servicios.....</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Trabajador(a) no calificado(a).....</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No sabe/No responde.....</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Dirigente.....	1	<input type="checkbox"/>	Trabajador(a) Administrativo(a).....	2	<input type="checkbox"/>	Profesional /Técnico(a) .....	3	<input type="checkbox"/>	Obrero(a) no agropecuario .....	4	<input type="checkbox"/>	Obrero(a) o trabajador(a) agropecuario.....	5	<input type="checkbox"/>	Trabajador(a) de los servicios.....	6	<input type="checkbox"/>	Trabajador(a) no calificado(a).....	7	<input type="checkbox"/>	No sabe/No responde.....	9	<input type="checkbox"/>									
Dirigente.....	1	<input type="checkbox"/>																																
Trabajador(a) Administrativo(a).....	2	<input type="checkbox"/>																																
Profesional /Técnico(a) .....	3	<input type="checkbox"/>																																
Obrero(a) no agropecuario .....	4	<input type="checkbox"/>																																
Obrero(a) o trabajador(a) agropecuario.....	5	<input type="checkbox"/>																																
Trabajador(a) de los servicios.....	6	<input type="checkbox"/>																																
Trabajador(a) no calificado(a).....	7	<input type="checkbox"/>																																
No sabe/No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																
<p>4. ¿A qué edad se jubiló?</p>	<table border="0"> <tr><td>Edad .....</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>No se ha jubilado .....</td><td>02</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No sabe.....</td><td>08</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No responde .....</td><td>09</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Edad .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	No se ha jubilado .....	02	<input type="checkbox"/>	No sabe.....	08	<input type="checkbox"/>	No responde .....	09	<input type="checkbox"/>																					
Edad .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
No se ha jubilado .....	02	<input type="checkbox"/>																																
No sabe.....	08	<input type="checkbox"/>																																
No responde .....	09	<input type="checkbox"/>																																
<p>5. Y actualmente, ¿en qué situación de actividad se encuentra usted?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite sólo una marca</b></p>	<table border="0"> <tr><td>Trabaja (no se ha jubilado nunca).....</td><td>01</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Busca trabajo (no se ha jubilado nunca).....</td><td>02</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jubilado o pensionado que trabaja .....</td><td>03</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jubilado o pensionado que busca trabajo.....</td><td>04</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jubilado o pensionado que no trabaja ni busca trabajo .....</td><td>05</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Recibe ayuda económica de la Asistencia Social.....</td><td>06</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Incapacitado para el trabajo.....</td><td>07</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Quehaceres del hogar .....</td><td>08</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No realiza ninguna actividad.....</td><td>09</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otra situación.....</td><td>10</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>99</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <div style="position: absolute; right: 0; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-size: 2em;">}</div> <div style="position: absolute; right: 0; top: 50%; transform: translateY(-50%); text-align: center;"> Pase a 7 </div>	Trabaja (no se ha jubilado nunca).....	01	<input type="checkbox"/>	Busca trabajo (no se ha jubilado nunca).....	02	<input type="checkbox"/>	Jubilado o pensionado que trabaja .....	03	<input type="checkbox"/>	Jubilado o pensionado que busca trabajo.....	04	<input type="checkbox"/>	Jubilado o pensionado que no trabaja ni busca trabajo .....	05	<input type="checkbox"/>	Recibe ayuda económica de la Asistencia Social.....	06	<input type="checkbox"/>	Incapacitado para el trabajo.....	07	<input type="checkbox"/>	Quehaceres del hogar .....	08	<input type="checkbox"/>	No realiza ninguna actividad.....	09	<input type="checkbox"/>	Otra situación.....	10	<input type="checkbox"/>	No responde.....	99	<input type="checkbox"/>
Trabaja (no se ha jubilado nunca).....	01	<input type="checkbox"/>																																
Busca trabajo (no se ha jubilado nunca).....	02	<input type="checkbox"/>																																
Jubilado o pensionado que trabaja .....	03	<input type="checkbox"/>																																
Jubilado o pensionado que busca trabajo.....	04	<input type="checkbox"/>																																
Jubilado o pensionado que no trabaja ni busca trabajo .....	05	<input type="checkbox"/>																																
Recibe ayuda económica de la Asistencia Social.....	06	<input type="checkbox"/>																																
Incapacitado para el trabajo.....	07	<input type="checkbox"/>																																
Quehaceres del hogar .....	08	<input type="checkbox"/>																																
No realiza ninguna actividad.....	09	<input type="checkbox"/>																																
Otra situación.....	10	<input type="checkbox"/>																																
No responde.....	99	<input type="checkbox"/>																																
<p>6. ¿Cuál es la causa principal por la que se mantiene trabajando o busca trabajo?</p> <p><b>ENCUESTADOR: No lea opciones. Admite varias marcas. No responde el SUSTITUTO</b></p>	<table border="0"> <tr><td>Me siento útil y capaz .....</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tengo que ayudar a mis hijos y/o familiares.....</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otras personas dependen de mi.....</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>El dinero no alcanza .....</td><td>4</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Para ocupar el tiempo.....</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Me faltan años de servicio.....</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Otra causa.....</td><td>7</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No sabe.....</td><td>8</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>No responde.....</td><td>9</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Me siento útil y capaz .....	1	<input type="checkbox"/>	Tengo que ayudar a mis hijos y/o familiares.....	2	<input type="checkbox"/>	Otras personas dependen de mi.....	3	<input type="checkbox"/>	El dinero no alcanza .....	4	<input type="checkbox"/>	Para ocupar el tiempo.....	5	<input type="checkbox"/>	Me faltan años de servicio.....	6	<input type="checkbox"/>	Otra causa.....	7	<input type="checkbox"/>	No sabe.....	8	<input type="checkbox"/>	No responde.....	9	<input type="checkbox"/>						
Me siento útil y capaz .....	1	<input type="checkbox"/>																																
Tengo que ayudar a mis hijos y/o familiares.....	2	<input type="checkbox"/>																																
Otras personas dependen de mi.....	3	<input type="checkbox"/>																																
El dinero no alcanza .....	4	<input type="checkbox"/>																																
Para ocupar el tiempo.....	5	<input type="checkbox"/>																																
Me faltan años de servicio.....	6	<input type="checkbox"/>																																
Otra causa.....	7	<input type="checkbox"/>																																
No sabe.....	8	<input type="checkbox"/>																																
No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																

Ingresos					
7. ¿Recibió usted ingresos monetarios en el <u>último</u> mes por concepto de... <b>ENCUESTADOR: Admite varias marcas. Leer las opciones</b>		a) Salario .....01 <input type="checkbox"/> b) Estímulo salarial.....02 <input type="checkbox"/> c) Trabajos por cuenta propia.....03 <input type="checkbox"/> d) Ingresos de la jubilación o pensión .....04 <input type="checkbox"/> e) Prestaciones económicas de la Asistencia Social.....05 <input type="checkbox"/> f) Ayuda económica de familiares o amigos que residen fuera del país.....06 <input type="checkbox"/> g) Ayuda económica de familiares o amigos que residen en el país.....07 <input type="checkbox"/> h) Ayudas de asociaciones, de otros Estados, u organizaciones.....08 <input type="checkbox"/> i) Otros ingresos monetarios.....09 <input type="checkbox"/> j) No recibe ingresos monetarios.....10 <input type="checkbox"/> k) No Sabe/No Responde.....99 <input type="checkbox"/>			
8. ¿Con los ingresos que usted recibe puede vivir...? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones. Admite sólo una marca. No responde el SUSTITUTO.</b>		Muy bien .....1 <input type="checkbox"/> Bien .....2 <input type="checkbox"/> Un poco apretado .....3 <input type="checkbox"/> Privándome de muchas cosas .....4 <input type="checkbox"/> Mal .....5 <input type="checkbox"/> Casi no alcanza para vivir.....6 <input type="checkbox"/> No sabe/No responde.....9 <input type="checkbox"/>			
9. ¿Cuáles de los gastos enumerados a continuación cubre usted con los ingresos que recibe? <b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila</b>					
Gastos de:	Lo paga usted		Otra persona cubre el gasto completamente	No se realiza el gasto	No Sabe/No Responde
	Todo	En parte			
a) Casa (pago de la vivienda, electricidad, gas, teléfono, agua, otros)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Muebles y enseres	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Alimentos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Ropa y calzado	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Gastos médicos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) Cultura, ocio, paseos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) Otros bienes y servicios	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
10. ¿Con cuáles recursos económicos cuenta usted para el futuro? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas</b>		Jubilación o pensión.....1 <input type="checkbox"/> Otros recursos tales como ahorros, rentas, propiedades, remesas, etc).....2 <input type="checkbox"/> Con ninguno.....4 <input type="checkbox"/> No Sabe/No Responde.....9 <input type="checkbox"/>			
11. ¿Siente temor o incertidumbre por su seguridad económica en el futuro? <b>ENCUESTADOR: No responde el SUSTITUTO</b>		Sí.....1 <input type="checkbox"/> No.....2 <input type="checkbox"/> No Sabe/NoResponde.....9 <input type="checkbox"/>			

<p>12. ¿Qué es lo que más desea y no puede permitirse por razones económicas?</p> <p><b>ENCUESTADOR: No lea opciones. Admite una sola marca. No responde sustituto</b></p>	<table border="0"> <tr> <td>Vacaciones, viajes, excursiones .....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Relaciones sociales o comunicación (reuniones con amigos, fiestas, teatros, etc.).....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Adquirir vivienda, equipamiento.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arreglar la vivienda, otras inversiones.....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Transferencia de dinero a familiares y amigos.....</td> <td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prevención de imprevistos (ahorros).....</td> <td>6</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra.....</td> <td>7</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No hay ninguna cosa.....</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/No Responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Vacaciones, viajes, excursiones .....	1	<input type="checkbox"/>	Relaciones sociales o comunicación (reuniones con amigos, fiestas, teatros, etc.).....	2	<input type="checkbox"/>	Adquirir vivienda, equipamiento.....	3	<input type="checkbox"/>	Arreglar la vivienda, otras inversiones.....	4	<input type="checkbox"/>	Transferencia de dinero a familiares y amigos.....	5	<input type="checkbox"/>	Prevención de imprevistos (ahorros).....	6	<input type="checkbox"/>	Otra.....	7	<input type="checkbox"/>	No hay ninguna cosa.....	8	<input type="checkbox"/>	No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>							
Vacaciones, viajes, excursiones .....	1	<input type="checkbox"/>																																	
Relaciones sociales o comunicación (reuniones con amigos, fiestas, teatros, etc.).....	2	<input type="checkbox"/>																																	
Adquirir vivienda, equipamiento.....	3	<input type="checkbox"/>																																	
Arreglar la vivienda, otras inversiones.....	4	<input type="checkbox"/>																																	
Transferencia de dinero a familiares y amigos.....	5	<input type="checkbox"/>																																	
Prevención de imprevistos (ahorros).....	6	<input type="checkbox"/>																																	
Otra.....	7	<input type="checkbox"/>																																	
No hay ninguna cosa.....	8	<input type="checkbox"/>																																	
No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																	
<p><b>Capacidad de aporte social</b></p>																																			
<p>13. Después de cumplir 60 años, ¿usted inició alguna actividad (de trabajo, cultural, artística, social, turística, económica o religiosa) <u>que no hubiera realizado antes</u>?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> </td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/No Responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: -20px;"> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div> <div style="margin-bottom: 2px;">Pase a 16</div> <div>Pase a 17</div> </div> </div>		Sí.....	1	<input type="checkbox"/>	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>	No.....	3	<input type="checkbox"/>	No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>																							
Sí.....	1	<input type="checkbox"/>	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>																																
No.....	3	<input type="checkbox"/>																																	
No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																	
<p>14. ¿Cuál actividad inició usted?:</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea opciones. Admite varias marcas)</b></p>	<table border="0"> <tr> <td>Incorporarse a un trabajo nuevo.....</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trabajar independiente en negocio propio/ familiar.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Universidad del Adulto Mayor u otro curso o estudio.....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hacer deporte.....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asistir a espectáculos.....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Participar en alguna asociación.....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hacer tareas en la casa como (jardinería, arreglos, cuidado de menores,etc).....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hacer turismo.....</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra.....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/ No Responde .....</td> <td>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Incorporarse a un trabajo nuevo.....	01	<input type="checkbox"/>	Trabajar independiente en negocio propio/ familiar.....	02	<input type="checkbox"/>	Universidad del Adulto Mayor u otro curso o estudio.....	03	<input type="checkbox"/>	Hacer deporte.....	04	<input type="checkbox"/>	Asistir a espectáculos.....	05	<input type="checkbox"/>	Participar en alguna asociación.....	06	<input type="checkbox"/>	Hacer tareas en la casa como (jardinería, arreglos, cuidado de menores,etc).....	07	<input type="checkbox"/>	Hacer turismo.....	08	<input type="checkbox"/>	Otra.....	09	<input type="checkbox"/>	No Sabe/ No Responde .....	99	<input type="checkbox"/>			
Incorporarse a un trabajo nuevo.....	01	<input type="checkbox"/>																																	
Trabajar independiente en negocio propio/ familiar.....	02	<input type="checkbox"/>																																	
Universidad del Adulto Mayor u otro curso o estudio.....	03	<input type="checkbox"/>																																	
Hacer deporte.....	04	<input type="checkbox"/>																																	
Asistir a espectáculos.....	05	<input type="checkbox"/>																																	
Participar en alguna asociación.....	06	<input type="checkbox"/>																																	
Hacer tareas en la casa como (jardinería, arreglos, cuidado de menores,etc).....	07	<input type="checkbox"/>																																	
Hacer turismo.....	08	<input type="checkbox"/>																																	
Otra.....	09	<input type="checkbox"/>																																	
No Sabe/ No Responde .....	99	<input type="checkbox"/>																																	
<p>15. ¿Actualmente se mantiene realizando esta actividad?</p>	<table border="0"> <tr> <td>Sí.....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3"> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div> </td> </tr> <tr> <td>No.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/No Responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-top: -20px;"> <div style="text-align: center; margin-right: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div> <div style="margin-bottom: 2px;">Pase</div> <div>a 17</div> </div> </div>		Sí.....	1	<input type="checkbox"/>	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>	No.....	3	<input type="checkbox"/>	No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>																							
Sí.....	1	<input type="checkbox"/>	<div style="display: inline-block; vertical-align: middle;"> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 15px; height: 15px;"></div> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 5px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-bottom: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 10px; height: 10px;"></div> </div>																																
No.....	3	<input type="checkbox"/>																																	
No Sabe/No Responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																	
<p>16. ¿Por qué no inició alguna actividad nueva?</p> <p><b>ENCUESTADOR: No lea opciones. Admite varias marcas. No responde sustituto</b></p>	<table border="0"> <tr> <td>Todavía trabaja, no se ha jubilado.....</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No se siente con fuerza para ello .....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Lo ha intentado sin lograrlo.....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No tiene recursos para hacer lo que quiere.....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiene que dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Prefiere dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No le parece bien a sus hijos (otros miembros).....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Piensa que no hay nada que pueda/sepa hacer.....</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No quiere (no le interesa) hacer nada.....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra razón .....</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No Sabe/No Responde.....</td> <td>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Todavía trabaja, no se ha jubilado.....	01	<input type="checkbox"/>	No se siente con fuerza para ello .....	02	<input type="checkbox"/>	Lo ha intentado sin lograrlo.....	03	<input type="checkbox"/>	No tiene recursos para hacer lo que quiere.....	04	<input type="checkbox"/>	Tiene que dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....	05	<input type="checkbox"/>	Prefiere dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....	06	<input type="checkbox"/>	No le parece bien a sus hijos (otros miembros).....	07	<input type="checkbox"/>	Piensa que no hay nada que pueda/sepa hacer.....	08	<input type="checkbox"/>	No quiere (no le interesa) hacer nada.....	09	<input type="checkbox"/>	Otra razón .....	10	<input type="checkbox"/>	No Sabe/No Responde.....	99	<input type="checkbox"/>
Todavía trabaja, no se ha jubilado.....	01	<input type="checkbox"/>																																	
No se siente con fuerza para ello .....	02	<input type="checkbox"/>																																	
Lo ha intentado sin lograrlo.....	03	<input type="checkbox"/>																																	
No tiene recursos para hacer lo que quiere.....	04	<input type="checkbox"/>																																	
Tiene que dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....	05	<input type="checkbox"/>																																	
Prefiere dedicar el tiempo a ayudar a la familia.....	06	<input type="checkbox"/>																																	
No le parece bien a sus hijos (otros miembros).....	07	<input type="checkbox"/>																																	
Piensa que no hay nada que pueda/sepa hacer.....	08	<input type="checkbox"/>																																	
No quiere (no le interesa) hacer nada.....	09	<input type="checkbox"/>																																	
Otra razón .....	10	<input type="checkbox"/>																																	
No Sabe/No Responde.....	99	<input type="checkbox"/>																																	

Alimentación					
17. A continuación especificaré algunas de las vías por las cuales los adultos(as) mayores pueden obtener sus alimentos. ¿Podría decirme la frecuencia con la que utiliza estas vías para su alimentación personal?					
ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila					
Vías de obtención de los alimentos	Frecuente-mente	A veces	Rara vez	Nunca	No sabe/No responde
a) Cuota de la libreta de abastecimiento	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Dieta de alimentación por enfermedad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Ayuda de sus familiares	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Ayuda de vecinos o amistades	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Reforzamiento brindado por alguna institución o asociación (estatal, fraternal, religiosa, etc.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Sistema de atención a la Familia (SAF), mercaditos comunitarios, restaurantes familiares, y/o unidades de apoyo.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) Compras de alimentos en mercados en divisas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) Compras de alimentos en el mercado agropecuario	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
18. De las siguientes comidas, ¿Podría decirme la frecuencia con la que realiza...?					
ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila					
	Todos los días de la semana	A veces	Rara vez	Nunca	No sabe/ No responde
a) Desayuno (excluye si es solo café)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Merienda en las mañanas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Almuerzo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Merienda en las tardes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Comida	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Merienda antes de acostarse	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
19. De los alimentos que voy a mencionarle ¿Podría decirme si consume...?					
ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila					
Alimentos	Sí	No	No sabe	No responde	
a) Leche, queso u otros productos lácteos <u>al menos una vez al día</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
b) Huevos, lentejas o frijoles <u>al menos una vez por semana</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
c) Carnes, pescados o aves <u>al menos tres veces por semana</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	
d) Frutas o verduras <u>al menos dos veces al día</u>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>	

### SECCION III. ENTORNO

#### Arreglos residenciales

1. Dígame ¿está usted a gusto de vivir solo(a)/ con las personas con las que vive ahora?

**ENCUESTADOR: No responde el SUSTITUTO**

Sí.....1

No.....2

No sabe.....3

No Sabe/ No Responde.....9

2. ¿Cuántos hijos(as) nacidos vivos, hijos adoptivos e hijastros tuvo usted? (incluya los hijos ya fallecidos, no incluya los hijos nacidos muertos y abortos)

**ENCUESTADOR:**

**Si Ninguno anote “00”.**

**Si No Sabe o No Responde, anote “99”**

Hijos nacidos vivos.....

De ellos viven actualmente.....

Hijos adoptivos.....

De ellos viven actualmente.....

Hijastros.....

De ellos viven actualmente.....

3. En total, ¿cuántos hijos(as) nacidos vivos, hijos adoptivos e hijastros viven con usted actualmente?

**ENCUESTADOR: Si es No Sabe o No Responde, anote “99”. Si es Ninguno anote “00”**

Hijos, hijos adoptivos e hijastros que viven con usted actualmente.....

#### Transferencias

**ENCUESTADOR: Si la persona vive sola → Pase a Pregunta 6**

**Si la persona no vive sola → Continúe**

4. ¿Podría decirme con qué frecuencia las personas que viven con usted le ayudan en...?

**ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila**

Casi a diario

Al menos una vez a la semana

Al menos una vez al mes

Al menos una vez cada seis meses

Lo hace una vez al año o menos veces

No lo hacen

No procede/ No Responde

a) Los quehaceres domésticos, transporte u otras actividades diarias

1

2

3

4

5

6

9

b) La comida, ropa, etc.

1

2

3

4

5

6

9

c) La compañía, cuidados y comunicación

1

2

3

4

5

6

9

d) El dinero

1

2

3

4

5

6

9

e) Otros servicios (compras, gestiones u otros.)

1

2

3

4

5

6

9

4.1 ¿Cuántas de las personas que viven con usted le ayudan?

a)

b)

c)

d)

e)



<p>5. ¿Podría decirme con qué frecuencia <u>usted ayuda a las personas que viven con usted con...</u>?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila</b></p>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos veces	No lo hace	No procede/ No Responde
a) Los quehaceres domésticos u otras actividades diarias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) La comida, ropa, transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) El cuidado de niños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El cuidado de ancianos o enfermos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) El dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Otros servicios (compras, gestiones u otros.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
5.1 ¿A cuántas <u>personas usted ayuda de las que viven con usted?</u>	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>		
<p>6. ¿Podría decirme con qué frecuencia <u>los hijos (u otros familiares) que no viven con usted</u> le ayudan en...?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca para cada fila</b></p>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos veces	No lo hace	No procede/ No Responde
a) Los quehaceres domésticos, transporte u otras actividades diarias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) La comida, ropa, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) La compañía, cuidados y comunicación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Otros servicios (compras, gestiones u otros.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
6.1 ¿Cuántos <u>hijos (u otros familiares) que no viven con usted</u> le ayudan?	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>		
6.2 ¿Cuántos de sus hijos (y otros familiares) <u>que no viven con usted, pero le ayudan</u> residen...?				a) Dentro del país <input type="checkbox"/> b) Fuera del país <input type="checkbox"/>			

7. ¿Podría decirme con qué frecuencia <u>usted ayuda a los hijos (u otros familiares) que no viven con usted con...</u> ? <b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca por fila</b>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos veces	No lo hace	No procede/ No Responde
a) Los quehaceres domésticos u otras actividades diarias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) La comida, ropa, transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) El cuidado de niños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El cuidado de ancianos o enfermos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) El dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Otros servicios (compras, gestiones u otros.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
7.1 ¿A cuántos hijos u otros familiares <u>usted ayuda, de los que no viven con usted?</u>	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>		
8. ¿Con qué frecuencia <u>sus vecinos le ayudan en...</u> ? <b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca por fila</b>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos veces	No lo hace	No procede/ No Responde
a) Los quehaceres domésticos, transporte u otras actividades diarias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) La comida, ropa, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) La compañía, cuidados y comunicación	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Otros servicios (compras, gestiones u otros.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
8.1 ¿Cuántos de sus vecinos <u>le ayudan?</u>	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>		
9. ¿Con qué frecuencia <u>usted ayuda a sus vecinos con...</u> ? <b>ENCUESTADOR: Admite sólo una marca por fila</b>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos veces	No lo hace	No procede/ No Responde
a) Los quehaceres domésticos u otras actividades diarias	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) La comida, ropa, transporte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) El cuidado de niños	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El cuidado de ancianos o enfermos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) El dinero	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Otros servicios (compras, gestiones u otros.)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
9.1 ¿A cuántos vecinos <u>usted ayuda?</u>	a) <input type="checkbox"/>	b) <input type="checkbox"/>	c) <input type="checkbox"/>	d) <input type="checkbox"/>	e) <input type="checkbox"/>		

Participación social/Recreación						
10. ¿Participa usted en las actividades de las organizaciones de su barrio o localidad (CDR, FMC, Asociación de combatientes, Núcleo zonal). <b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca</b>		Frecuentemente.....1 <input type="checkbox"/> A veces.....2 <input type="checkbox"/> Rara vez.....3 <input type="checkbox"/> Nunca.....4 <input type="checkbox"/> No Sabe/ No Responde.....9 <input type="checkbox"/>				
11. ¿Con qué frecuencia sale usted de su casa? <b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca</b>		Casi todos los días.....1 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces por semana.....2 <input type="checkbox"/> Una vez por semana.....3 <input type="checkbox"/> Dos o tres veces por mes.....4 <input type="checkbox"/> Una vez por mes o menos.....5 <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca sale.....6 <input type="checkbox"/> No responde.....9 <input type="checkbox"/>				
12. ¿Podría decirme la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades recreativas? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta en cada fila. Admite sólo una marca para cada fila</b>	Casi a diario	Al menos una vez a la semana	Al menos una vez al mes	Al menos una vez cada seis meses	Lo hace una vez al año o menos	Nunca
a) Ver televisión, oír radio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
b) Juegos de mesa	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
c) Leer	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
d) Hacer o recibir visitas de familiares o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
e) Pasear con nieto, familiares o amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
f) Ir a restaurantes o cafeterías	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
g) Ir al cine, teatros, peñas, fiestas, eventos deportivos.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
h) Ir a excursiones o al campismo	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
i) Descansar sin hacer nada	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

Comunicación					
13. Para estar informado, ¿podría decirme la frecuencia con la que...? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta en cada fila. Admite sólo una marca para cada fila</b>	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca	No sabe/ No responde
a) Ve televisión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Lee periódicos y revistas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Escucha radio	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Comenta las noticias e informaciones con otras personas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Lee libros	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) Otro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
14. ¿Podría decirme con qué frecuencia sus criterios son tenidos en cuenta a la hora de tomar decisiones por los...? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta en cada fila. Admite sólo una marca para cada fila. No responde el SUSTITUTO</b>					
Personas	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca	No responde
a) Familiares convivientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Familiares no convivientes	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Vecinos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Otros amigos	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
15. ¿Cree usted que reflejan las problemáticas y realidades de los adultos(as) mayores los/la...? <b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta en cada fila. Admite sólo una marca para cada fila. No responde el SUSTITUTO</b>					
Medios de difusión	Frecuentemente	A veces	Rara vez	Nunca	No sabe/ No responde
a) Periódicos y revistas	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) Programas radiales	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) Programas de televisión	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) Proyección de los cines	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) Obras de teatro	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

Maltrato	
<p>16. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones por parte de las personas que viven con usted en los últimos tres meses?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas. No responde el SUSTITUTO</b></p>	<p>Comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o insultantes.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Desatención, maltrato, o rechazo .....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Privación de contactos sociales.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Abandono de sus parientes (no proveer alimentos, vestido, atención médica o higiene personal).....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Uso indebido de medicamentos (abuso o negación de medicamentos en las dosis indicadas por el médico).....5 <input type="checkbox"/></p> <p>No proporcionar recursos auxiliares cuando estos se necesitan.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna.....8 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde/No procede.....9 <input type="checkbox"/></p>
<p>17. ¿Ha experimentado alguna de las siguientes situaciones en la calle o en lugares públicos en los últimos tres meses?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas. No responde el SUSTITUTO</b></p>	<p>Comportamientos irrespetuosos, deshonrosos o insultantes.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Desatención, maltrato, o rechazo .....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Negación de ayuda.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Miedo a ser asaltado o agredido.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde.....9 <input type="checkbox"/></p>
<p>18. ¿Se ha sentido afectado alguna vez por alguna de las siguientes situaciones?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas. No responde el SUSTITUTO</b></p>	<p>Uso ilegal o indebido, o apropiación de su propiedad (vivienda u otras).....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Uso ilegal o indebido, o apropiación de sus finanzas Personales.....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Negación del derecho de acceso y control sobre sus fondos personales.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Modificación forzada de su testamento u otros documentos jurídicos.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Engaños financieros u otro tipo de fraude.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna.....7 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde.....9 <input type="checkbox"/></p>
Vivienda y Espacio Residencial	
<p>19. Ahora quisiera hacerle algunas preguntas acerca de su vivienda.</p> <p>¿Su vivienda es...?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Admite solo una marca.</b></p>	<p>Casa independiente.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Apartamento .....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuarto de azotea.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Cuartería.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Bohío.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Otra.....8 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde.....9 <input type="checkbox"/></p>
<p>20. ¿Presenta su vivienda algunas de las siguientes afectaciones?</p> <p><b>ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas.</b></p>	<p>Fallas en el techo.....1 <input type="checkbox"/></p> <p>Grietas o desplomes... .....2 <input type="checkbox"/></p> <p>Hundimientos en el piso.....3 <input type="checkbox"/></p> <p>Apuntalamiento.....4 <input type="checkbox"/></p> <p>Filtraciones.....5 <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna.....6 <input type="checkbox"/></p> <p>No responde.....9 <input type="checkbox"/></p>

21. Respecto a su vivienda pudiera decirme si.... <b>ENCUESTADOR: no responde el SUSTITUTO</b>	Sí	No	No sabe	No procede/No responde																																																			
a) ¿Está adaptada a sus necesidades de espacio y equipamiento?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
b) ¿Tiene baño de uso exclusivo de la vivienda?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
c) ¿Dispone de agua entubada dentro de la vivienda?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
d) ¿Tiene usted una habitación propia (de uso exclusivo para usted y su cónyuge)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
e) ¿Puede utilizar el televisor cuando lo desea?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
f) ¿Puede utilizar la cocina (para cocinarse cuando lo desee)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
g) ¿Puede utilizar el refrigerador (para consumir cualquier alimento cuando lo desee)?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>																																																			
<b>ENCUESTADOR: Si es SUSTITUTO agradezca la colaboración y termine la entrevista</b>																																																							
22. ¿Cómo diría usted que se siente respecto a su vivienda en general?	<table border="0"> <tr> <td>Muy satisfecho .....</td> <td>1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3">} Pase a 24</td> </tr> <tr> <td>Satisfecho.....</td> <td>2</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Poco satisfecho.....</td> <td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Insatisfecho.....</td> <td>4</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td rowspan="3">} Pase a 24</td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>8</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>9</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Muy satisfecho .....	1	<input type="checkbox"/>	} Pase a 24	Satisfecho.....	2	<input type="checkbox"/>	Poco satisfecho.....	3	<input type="checkbox"/>	Insatisfecho.....	4	<input type="checkbox"/>	} Pase a 24	No sabe.....	8	<input type="checkbox"/>	No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																															
Muy satisfecho .....	1	<input type="checkbox"/>	} Pase a 24																																																				
Satisfecho.....	2	<input type="checkbox"/>																																																					
Poco satisfecho.....	3	<input type="checkbox"/>																																																					
Insatisfecho.....	4	<input type="checkbox"/>	} Pase a 24																																																				
No sabe.....	8	<input type="checkbox"/>																																																					
No responde.....	9	<input type="checkbox"/>																																																					
23. ¿Por qué no está satisfecho(a) con su vivienda en general? <b>ENCUESTADOR: No lea las opciones de respuesta. Admite varias marcas.</b>	<table border="0"> <tr> <td>Tiene problemas constructivos, o necesita reparaciones.....</td> <td>01</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiene peligro de derrumbe, está apuntalada o declarada inhabitable.....</td> <td>02</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiene escaleras o elevadores rotos.....</td> <td>03</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Carece de espacio propio, o de habitación independiente para dormir.....</td> <td>04</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No tiene privacidad dentro de la vivienda /no respetan mi espacio.....</td> <td>05</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Es demasiado pequeña, o viven muchas personas.....</td> <td>06</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiene dificultades en el abastecimiento de agua.....</td> <td>07</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de ventilación.....</td> <td>08</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Falta de iluminación natural y/o artificial (bombillos).....</td> <td>09</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No tengo acceso a los equipos electrodomésticos de la vivienda.....</td> <td>10</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Soy agregado/a o no propietario/a de la vivienda.....</td> <td>11</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tiene demasiados muebles o están mal distribuidos en el espacio disponible.....</td> <td>12</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No tiene suficiente comodidad.....</td> <td>13</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Nadie se ocupa del mantenimiento de la vivienda.....</td> <td>14</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otra causa.....</td> <td>15</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No sabe.....</td> <td>88</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>No responde.....</td> <td>99</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>				Tiene problemas constructivos, o necesita reparaciones.....	01	<input type="checkbox"/>	Tiene peligro de derrumbe, está apuntalada o declarada inhabitable.....	02	<input type="checkbox"/>	Tiene escaleras o elevadores rotos.....	03	<input type="checkbox"/>	Carece de espacio propio, o de habitación independiente para dormir.....	04	<input type="checkbox"/>	No tiene privacidad dentro de la vivienda /no respetan mi espacio.....	05	<input type="checkbox"/>	Es demasiado pequeña, o viven muchas personas.....	06	<input type="checkbox"/>	Tiene dificultades en el abastecimiento de agua.....	07	<input type="checkbox"/>	Falta de ventilación.....	08	<input type="checkbox"/>	Falta de iluminación natural y/o artificial (bombillos).....	09	<input type="checkbox"/>	No tengo acceso a los equipos electrodomésticos de la vivienda.....	10	<input type="checkbox"/>	Soy agregado/a o no propietario/a de la vivienda.....	11	<input type="checkbox"/>	Tiene demasiados muebles o están mal distribuidos en el espacio disponible.....	12	<input type="checkbox"/>	No tiene suficiente comodidad.....	13	<input type="checkbox"/>	Nadie se ocupa del mantenimiento de la vivienda.....	14	<input type="checkbox"/>	Otra causa.....	15	<input type="checkbox"/>	No sabe.....	88	<input type="checkbox"/>	No responde.....	99	<input type="checkbox"/>
Tiene problemas constructivos, o necesita reparaciones.....	01	<input type="checkbox"/>																																																					
Tiene peligro de derrumbe, está apuntalada o declarada inhabitable.....	02	<input type="checkbox"/>																																																					
Tiene escaleras o elevadores rotos.....	03	<input type="checkbox"/>																																																					
Carece de espacio propio, o de habitación independiente para dormir.....	04	<input type="checkbox"/>																																																					
No tiene privacidad dentro de la vivienda /no respetan mi espacio.....	05	<input type="checkbox"/>																																																					
Es demasiado pequeña, o viven muchas personas.....	06	<input type="checkbox"/>																																																					
Tiene dificultades en el abastecimiento de agua.....	07	<input type="checkbox"/>																																																					
Falta de ventilación.....	08	<input type="checkbox"/>																																																					
Falta de iluminación natural y/o artificial (bombillos).....	09	<input type="checkbox"/>																																																					
No tengo acceso a los equipos electrodomésticos de la vivienda.....	10	<input type="checkbox"/>																																																					
Soy agregado/a o no propietario/a de la vivienda.....	11	<input type="checkbox"/>																																																					
Tiene demasiados muebles o están mal distribuidos en el espacio disponible.....	12	<input type="checkbox"/>																																																					
No tiene suficiente comodidad.....	13	<input type="checkbox"/>																																																					
Nadie se ocupa del mantenimiento de la vivienda.....	14	<input type="checkbox"/>																																																					
Otra causa.....	15	<input type="checkbox"/>																																																					
No sabe.....	88	<input type="checkbox"/>																																																					
No responde.....	99	<input type="checkbox"/>																																																					

24. Ahora, sobre el barrio donde reside, ¿Considera usted que es buena, regular o mala...?	Buena	Regular	Mala	No sabe/No responde
a) La iluminación de noche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) El estado de las aceras y las calles	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) La higiene	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) El ambiente social	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

### Estado emocional

25. Ahora piense en las últimas dos semanas, y dígame si durante la mayor parte del tiempo usted....

**ENCUESTADOR: Lea las opciones de respuesta. Admite solo una marca por fila.**

	Sí	No	No sabe	No responde
a) ¿Ha estado básicamente satisfecho con su vida?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
b) ¿Dejó de lado o disminuyó sus actividades o las cosas que le interesan hacer?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
c) ¿Sintió que su vida está vacía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
d) ¿Se sintió aburrido frecuentemente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
e) ¿Estuvo de buen ánimo la mayoría del tiempo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
f) ¿Estuvo preocupado o temiendo que algo malo le sucediera?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
g) ¿Se sintió feliz la mayor parte del tiempo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
h) ¿Se sintió con frecuencia desamparado o desvalido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
i) ¿Prefirió quedarse en casa en vez de salir y hacer cosas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
j) ¿Sintió que tiene más problemas de memoria que otras personas de su edad?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
k) ¿Creyó que es maravilloso estar vivo?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
l) ¿Se sintió inútil o que no vale usted nada en su situación actual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
m) ¿Se sintió lleno de energía?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
n) ¿Se encontró usted sin esperanza ante su situación actual?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>
o) ¿Creyó usted que las otras personas están en una situación mejor que usted?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	8 <input type="checkbox"/>	9 <input type="checkbox"/>

**ENCUESTADOR: AGRADEZCA LA COLABORACION Y TERMINE LA ENTREVISTA**