

Diagnóstico de situación y necesidades de la población mayor del barrio de Fontarrón, Moratalaz.

Septiembre-Diciembre 2017

:

*Obligatorio

Sección sin título

Sin título

Características individuales

1. Género *

Selecciona todos los que correspondan.

Hombre

Mujer

2. ENTREVISTA N°

Edad

3. edad

4. Estudios

Selecciona todos los que correspondan.

Sin estudios

Primarios

Secundarios

Universitarios

5. ¿Trabaja actualmente fuera de casa?

Selecciona todos los que correspondan.

Si, no estoy jubilado

Si, ayudo a mis hijos/hijas

No

6. ¿ Qué tipo de trabajo realiza o realizaba antes de jubilarse?

Selecciona todos los que correspondan.

- Trabajador no cualificado
- Trabajador cualificado
- Personal Técnico o Directivo
- No ha trabajado nunca

7. ¿ Cual es su estado civil?

Selecciona todos los que correspondan.

- Soltero/a
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a o Divorciado/a

Características familiares y Relaciones sociales, ocio y tiempo libre

8. Nº de personas que residen en el hogar (incluir el encuestado/a)

Selecciona todos los que correspondan.

- Una persona
- Dos personas
- Tres o cuatro personas
- Más de cuatro personas

9. ¿ Con quien vive en casa ?

Selecciona todos los que correspondan.

- Solo/a
- Con el conyuge
- Con hijos casados
- Con hijos solteros
- Con nietos
- Con hermanos/as solteros/as
- Con hermanos/as casados/as
- Con otros familiares o vecinos/as
- Con un interno/a
- Rotando

10. ¿ Qué relación mantiene con las personas con las que convive?

Selecciona todos los que correspondan.

- Buena
- Mala
- Regular

11. ¿Tiene familiares cercanos, además de con los que convive?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Si
 No

12. ¿Con qué frecuencia habla por teléfono con familiares, amigos o conocidos?*Selecciona todos los que correspondan.*

- A diario
 Varias veces a la semana
 Varias veces al mes
 Varias veces al año
 Nunca o casi nunca

13. ¿Con qué frecuencia está con familiares (con los que no convive), amigos o conocidos?*Selecciona todos los que correspondan.*

- A diario
 Varias veces a la semana
 Varias veces al mes
 Varias veces al año
 Nunca o casi nunca

14. ¿Ve a sus familiares y amigos tanto como quiere o le gustaría verlos más?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Tanto como quiere
 Le gustaría verlos más
 Le gustaría verlos menos

15. ¿Se siente solo?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Mucho
 Bastante
 Algo
 Nada

16. ¿Sale habitualmente a la calle?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Habitualmente y solo
 Ocasionalmente y solo
 Habitualmente pero con compañía
 Ocasionalmente , con compañía
 No suele salir nunca (no le apetece)
 No puede salir, por impedimento o incapacidad

17. ¿Con qué frecuencia realiza las siguientes actividades?*Selecciona todos los que correspondan.*

	Todos los días	Ocasionalmente	Rara vez o nunca
Oír la radio o ver TV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leer el periódico, revistas o libros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jugar a las cartas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actividades manuales o artesanía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excursiones de un día o fin de semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al cine, teatro, actividades culturales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al Centro de mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pasear con familiares, amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. ¿Suele ir de vacaciones?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Sí, dos o más veces al año
- Sí, una vez al año
- No, nunca

Recursos económicos**19. ¿De dónde proceden sus ingresos?***Selecciona todos los que correspondan.*

- Trabajo
- Pensión de jubilación
- Pensión de invalidez
- Pensión de viudedad
- Plan de pensiones/ahorros
- De ayuda de la familia
- De alquileres o negocios

20. ¿Cómo llega a fin de mes?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Con apuros
- Sin dificultad

21. Aproximadamente ¿cuál es la cuantía de sus ingresos netos?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Menos de 480 €/mes
- Hasta 750 €/mes
- Hasta 1.000 €/mes
- Hasta 1.300 €/mes
- Más de 1.300 €/mes

22. ¿Se perciben otros ingresos en su unidad familiar (cónyuge, hijos/as,...)?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Sí
- No
- A veces

23. ¿Cuántas personas dependen económicamente de sus ingresos?

Vivienda

24. ¿En qué régimen dispone de la vivienda dónde reside?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Propiedad
- Alquiler
- Usufructo
- Cesión
- Vive con otras personas

25. ¿En qué habitación duerme habitualmente?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Habitación propia (incluido el cónyuge)
- Habitación compartida con familiar (hijo, nieto, hermano, etc.)
- En el salón u otros (no tiene habitación)

26. ¿Considera necesarias las siguientes mejoras en su vivienda?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Plato de ducha adaptado
- Calefacción
- Ascensor
- Portal accesible
- Humedades, grietas,...

Salud y autonomía

27. En general, diría que su salud es:*Selecciona todos los que correspondan.*

- Buena
- Regular
- Mala

28. ¿Tiene alguna enfermedad o deficiencia?*Selecciona todos los que correspondan.*

	Si	No
Aparato respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes y otras metabólicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prótesis, columna, articulaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demencia, Parkinson, salud mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. ¿Cómo es su movilidad fuera de casa ?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Anda sin problemas
- Anda con dificultad
- Necesita bastones, muletas o andador
- Necesita ayuda de otra persona
- No salgo

30. ¿Qué medios de transporte utiliza para desplazarse?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Autobus
- Metro
- Taxi
- Vehículo propio
- Vehículo de un familiar o vecino

31. ¿Cómo es su movilidad dentro de casa ?*Selecciona todos los que correspondan.*

- Anda sin problemas
- Anda con dificultad
- Necesita bastones, muletas o andador
- Necesita ayuda de otra persona
- Encamado

32. ¿Es capaz o sería capaz de hacer sin dificultad las siguientes actividades de la vida diaria?

Selecciona todos los que correspondan.

	Sí	Sí pero con dificultad	Sí pero con ayuda	No puede
Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse y desvestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavarse en el lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acostarse y levantarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el servicio a tiempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer (cortar y coger el vaso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subir y bajar escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salir fuera de casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpia la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar y tender la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utilizar transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar su dinero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. ¿Con qué frecuencia recibe ayuda de terceras personas?

Selecciona todos los que correspondan.

- No recibe ayuda
- Varias veces al día
- Una vez al día
- Varias veces por semana
- Una vez por semana

34. ¿Quién es la persona que en mayor medida le ayuda a realizar esas tareas?

Selecciona todos los que correspondan.

- Cónyuge
- Hermana/o
- Hija/o, nuera, yerno, nieta/o
- Otros familiares
- Vecinos, amigos
- Empleada/o de hogar
- Auxiliar domiciliario municipal
- Otra persona

35. En caso de caer enfermo o no pudiera valerse por sí mismo ¿hay alguien que podría atenderle?

Selecciona todos los que correspondan.

- Sí, todo el tiempo que necesite
- Sí, por una temporada (semanas o meses)
- Sí, para algunas cosas (ir al médico, hacer la compra)
- No tengo a nadie que me atendiera

Servicios externos

36. ¿Conoce las siguientes prestaciones públicas existentes en el Distrito dirigidas a las personas mayores?

Selecciona todos los que correspondan.

	Sí y lo utilizo	Sí, pero no lo utilizo	No, y me interesa	No y no me interesa	Sí, lo tengo solicitado
Ayuda a domicilio (SAD)	<input type="checkbox"/>				
Residencia pública	<input type="checkbox"/>				
Centro de día	<input type="checkbox"/>				
Ayudas económicas a las familias con personas mayores	<input type="checkbox"/>				
Ayudas para cubrir necesidades básicas	<input type="checkbox"/>				
Centros de Mayores	<input type="checkbox"/>				
Grupos de auto-ayuda para familiares y enfermos	<input type="checkbox"/>				
Comida a domicilio	<input type="checkbox"/>				
Ofertas de ocio y tiempo libre	<input type="checkbox"/>				
Servicio de Tele-asistencia	<input type="checkbox"/>				

37. ¿Qué mejoras considera necesarias como usuario/a del Centro de Día ?

38. ¿Qué mejoras considera necesarias como usuario/a del servicio de Tele-Asistencia?

39. ¿Qué mejoras considera necesarias como usuario/a del Centro de Mayores?

40. **¿Qué mejoras considera necesarias como usuario/a de Residencia?**

41. **¿Cual es su grado de satisfacción con el SAD ?**

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy malo	<input type="radio"/>	Muy bueno				

42. **¿Hay alguna prestación que actualmente no le presta el SAD y considera necesario?**

43. **¿Cual es su grado de satisfacción con los servicios que ofrece la JMM?**

Marca solo un óvalo.

	1	2	3	4	5	
Muy malo	<input type="radio"/>	Muy bueno				

44. **¿Hay alguna prestación que actualmente no le presta la JMM y considera necesario?**

45. **¿Desea que Servicios Sociales contacte con Usted para recibir información?**

