Caracterización de Personas Mayores de Antioquia

Caracterizar la población de personas mayores en el Departamento de Antioquia, como insumo para la toma de decisiones de la Administraciones municipales y departamental.

*Conocer la distribución sociodemográfica de las personas mayores en el Departamento de Antioquia.

*Identificar necesidades para la focalización acciones para personas mayores.

*Identificar usuarios de las modalidades de atención de personas mayores.

Autorización Datos personales: La información que usted nos proporcione será utilizada exclusivamente para realizar la caracterización de las personas mayores en el departamento de Antioquia y para fines relacionados con las acciones de la Dirección de Personas Mayores. Sus datos serán tratados de acuerdo con la normativa vigente sobre protección de datos personales y el derecho de hábeas data. La participación es voluntaria y usted puede decidir si autoriza o no el tratamiento de sus datos.

- ◯ Sí, autorizo el tratamiento de mis datos personales.
- ◯ No, no autorizo el tratamiento de mis datos personales.

¿Por qué no autoriza?

01. Identificación y ubicación

Fecha de registro*
Obligatoria

DD/MM/YYYY

Municipio de residencia*
Obligatoria

-Seleccione-

Subregión*
Se completa automáticamente según el municipio seleccionado

- Bajo Cauca
- Magdalena Medio
- Nordeste
- Norte
- Occidente
- Oriente
- Suroeste
- Urabá
- Valle de Aburrá

Zona de residencia*
Obligatoria

- Urbana
- Rural Centro Poblado
- Rural dispersa

Barrio/vereda/sector*
Obligatoria

Dirección
Opcional

Teléfono*
Obligatoria

Teléfono 2
Opcional

Correo_Electrónico
Opcional

Tipo de identificación*
Obligatoria

- ○ Cédula de ciudadanía
- ○ Cédula de extranjería
- ○ Permiso/otro documento válido
- ○ Sin documento
- ○ Otro

¿Cuál?
Opcional

Número de identificación*
Según protocolo de datos

¿Es migrante?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No informa

02. Caracterización sociodemográfica

Primer nombre*
Obligatoria

Segundo nombre
Opcional

Primer apellido*
Obligatoria

Segundo apellido
Opcional

Fecha de nacimiento*
Obligatoria

DD/MM/YYYY

Esta pregunta es obligatoria.

Sexo Biológico*
Obligatoria

- Hombre
- Mujer
- Otro

Orientación sexual
Opcional/sensible

- Heterosexual
- Homosexual
- Otra

¿Cuál orientación sexual?
Opcional/sensible

Estado civil*
Obligatoria

- Soltero/a
- Casado/a
- Unión libre
- Separado/a
- Divorciado/a
- Viudo/a
- No informa

Pertenencia étnica*
Obligatoria

- ◯ Indígena
- ◯ Gitano/Rrom
- ◯ Raizal
- ◯ Palenquero
- ◯ Negro/a, afrodescendiente
- ◯ Ninguna
- ◯ No informa
- ◯ Otra

¿Cuál étnia?*
Obligatoria

¿Se considera campesino/a?*
Obligatoria

- ◯ Sí
- ◯ No
- ◯ No sabe/no informa

Contacto de emergencia
Opcional

Teléfono Contacto de Emergencia
Opcional

Relacion Contacto

Opcional

- ◯ Pareja/conyugue/esposo
- ◯ Hijos/as
- ◯ Hijastros/as
- ◯ Nietos/as
- ◯ Padres
- ◯ Hermanos
- ◯ Otros Familiares
- ◯ Personas no familiares
- ◯ Otros

03. Salud y acceso efectivo

SISBEN*

Obligatoria

- A: Pobreza extrema subgrupos A1-A5
- B: Pobreza extrema subgrupos B1-B7
- C: Pobreza extrema subgrupos C1-C18
- D: Pobreza extrema subgrupos D1-D21
- No sabe
- No tiene

Régimen de salud*

Obligatoria/se tiene que confirmar en el ADRES

- Contributivo
- Subsidiado
- Especial/excepción
- Ninguno
- No sabe

EPS/entidad de salud*

Obligatoria

-Seleccione-

Tipo de sangre*

Obligatoria

- O positivo (O+)
- O negativo (O−)
- A positivo (A+)
- A negativo (A−)
- B positivo (B+)
- B negativo (B−)
- AB positivo (AB+)
- AB negativo (AB−)
- No sabe
- Prefiere no informar

¿Tiene alguna alergia?*

Obligatoria

- Sí
- No
- No sabe

¿Cuál alergia?*
Obligatoria

¿Tiene alguna restricción para realizar actividades físicas?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe

¿Cuál restrición física?*
Obligatoria

En general, ¿cómo considera su estado de salud?
Obligatoria

- ○ Muy bueno
- ○ Bueno
- ○ Regular
- ○ Malo
- ○ Muy malo

¿Tiene actualmente alguna enfermedad o condición de salud diagnosticada?

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe
- ○ Prefiere no responder

¿Cuál o cuáles enfermedades crónicas le han diagnosticado?

Obligatoria

- ☐ Hipertensión
- ☐ Diabetes
- ☐ Enfermedad del corazón o cardiovascular
- ☐ Enfermedad respiratoria
- ☐ Enfermedad renal
- ☐ Cáncer
- ☐ Enfermedad de los huesos, músculos o articulaciones
- ☐ Enfermedad neurológica
- ☐ Enfermedad gastrointestinal
- ☐ Otra
- ☐ No sabe
- ☐ Prefiere no responder

¿Qué otra enfermedad le han diagnosticado?

Obligatoria

04. Hogar y vivienda

¿Cuál es su estrato socioeconómico?*
Obligatoria

- ○ Estrato 1
- ○ Estrato 2
- ○ Estrato 3
- ○ Estrato 4
- ○ Estrato 5
- ○ Estrato 6
- ○ No sabe
- ○ Ninguno

¿Cuál es la forma de tenencia de la vivienda?*
Obligatoria

- ○ Situación de calle
- ○ Casa Propia
- ○ Arrendada
- ○ Vive con un familiar
- ○ Vive con un amigo
- ○ Institución
- ○ Prestada o cedida
- ○ No sabe
- ○ No responde

¿Cuántas personas viven permanentemente en el hogar?*

Obligatoria

123

Esta pregunta es obligatoria.

¿Con quién vive actualmente?*

Obligatoria

- [ ] Solo/a
- [ ] Pareja/conyugue/esposo
- [ ] Hijos/as
- [ ] Hijastros/as
- [ ] Nietos/as
- [ ] Padres
- [ ] Hermanos
- [ ] Otros Familiares
- [ ] Personas no familiares
- [ ] Otros

¿Cuántas personas aportan económicamente al hogar?*

Obligatoria

123

¿Cuánto es el promedio de ingresos en el hogar?*

Obligatoria

- ○ Menos 1 SMLV
- ○ 1 - 2 SMLV
- ○ 2 - 3 SMLV
- ○ 3 - 4 SMLV
- ○ Más 4 SMLV
- ○ No tiene ingresos

¿Cuáles son los servicios públicos con los que cuenta la vivieda?*

Obligatoria

- ☐ Agua
- ☐ Energia
- ☐ Gas
- ☐ Alcantarillado (incluye poso séptico)
- ☐ Ninguno

Esta pregunta es obligatoria.

Tipo de vivienda*

Obligatoria

- ○ Material permanente : Ladrillo, bloque, concreto, piedra
- ○ Material tradicional: Tapia, adobe, bahareque, guadua
- ○ Madera:Madera pulida, tabla, tablón
- ○ Material vegetal:Caña, esterilla, palma
- ○ Material precario: Zinc, plástico, cartón, latas, desechos
- ○ Sin paredes: Vivienda improvisada o cambuche

05. Economía

¿Tiene ingresos económicos propios?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

Esta pregunta es obligatoria.

¿Cuáles son sus principales fuentes de ingresos o recursos propios?*

Obligatoria

- [ ] Pensión
- [ ] Salario
- [ ] Trabajo independiente
- [ ] Negocio/emprendimiento
- [ ] Arriendos/propiedad
- [ ] Ahorros propios
- [ ] Otro

Esta pregunta es obligatoria.

¿Actualmente tiene un proyecto o desarrolla algún emprendimiento, negocio o actividad productiva propia?*

Obligatoria

- ( ) Sí
- ( ) No

Esta pregunta es obligatoria.

¿Considera qué necesita algún apoyo para esta proyecto?*

Obligatoria

- [ ] Capacitación.
- [ ] Financiamiento.
- [ ] Equipamiento e insumos.
- [ ] Comercialización.
- [ ] Transformación digital y redes sociales.
- [ ] Asociatividad y redes de apoyo.
- [ ] Asistencia técnica.
- [ ] Formalización.
- [ ] Infraestructura o espacio físico.
- [ ] Transporte o logística.
- [ ] No requiere apoyo actualmente.

¿Está disponible/interesado/a en trabajar o realizar una proyecto productivo?*

Obligatoria

- ( ) Sí
- ( ) No
- ( ) No sabe

¿Es beneficiario o cuenta con servicio exequial?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe

06. Salud mental y bienestar

En el último mes, ¿se ha sentido más triste, desanimado(a), preocupado(a) o con menos ánimo de lo habitual?

Opcional

- ○ Nunca
- ○ Algunos días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

Durante el último mes, ¿ha perdido el interés o las ganas de realizar actividades que habitualmente disfruta?

Opcional

- ○ Nunca
- ○ Algunos días
- ○ Más de la mitad de los días
- ○ Casi todos los días

¿Cuenta con al menos una persona de confianza a quien acudir cuando necesita ayuda, compañía o apoyo emocional?

Opcional

- ○ Sí
- ○ No
- ○ Algunas veces

¿Con qué frecuencia tiene contacto con familiares, amistades, vecinos u otras personas significativas?

Opcional

- ○ Diariamente
- ○ Varias veces por semana
- ○ Una vez por semana
- ○ Algunas veces al mes
- ○ Casi nunca o nunca

Durante el último mes, ¿ha notado dificultades para recordar información reciente, como citas, conversaciones, compromisos o el lugar donde deja objetos?

Opcional

- ◯ Nunca
- ◯ Algunos días
- ◯ Más de la mitad de los días
- ◯ Casi todos los días

Durante los último mes, ¿ha notado dificultades para mantener la atención o concentrarse en una conversación, lectura, actividad o programa de televisión?

Opcional

- ◯ Nunca
- ◯ Algunos días
- ◯ Más de la mitad de los días
- ◯ Casi todos los días

¿Estas dificultades de memoria o atención interfieren con actividades como tomar medicamentos, asistir a citas, hacer compras, preparar alimentos o manejar asuntos personales?

Opcional

- ◯ No presenta dificultades
- ◯ Presenta dificultades, pero no interfieren
- ◯ Interfieren parcialmente
- ◯ Interfieren significativamente

¿Con qué frecuencia realiza actividades que estimulan su mente o le permiten aprender, crear o resolver situaciones? (Ejemplos: leer, escribir, conversar, estudiar, jugar, hacer manualidades, aprender algo nuevo, resolver crucigramas o administrar actividades cotidianas.)

Opcional

- ◯ Todos los días
- ◯ Varias veces por semana
- ◯ Algunas veces al mes
- ◯ Casi nunca o nunca

Si identificara una situación que afecta su salud mental o bienestar emocional, ¿Sabe a qué persona, profesional o institución acudir?

Opcional

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No esta seguro

¿A quién o a dónde acudiría principalmente?

Opcional

- ☐ Familiar, amistad o persona de confianza
- ☐ Profesional de psicología
- ☐ Profesional de psiquiatría
- ☐ Centro de salud, hospital o EPS
- ☐ Línea de orientación o atención en salud mental
- ☐ Alcaldía u otra entidad pública
- ☐ Organización comunitaria o religiosa
- ☐ Centro día
- ☐ No sabe a quién acudir

¿Actualmente tiene algún diagnóstico o recibe atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Opcional

- ○ Sí, tiene diagnóstico y recibe atención o tratamiento.
- ○ Sí, tiene diagnóstico, pero no recibe atención o tratamiento.
- ○ Recibe atención o tratamiento, pero no conoce o no recuerda el diagnóstico.
- ○ No tiene diagnóstico ni recibe atención o tratamiento.
- ○ Prefiere no responder.

¿Le gustaría recibir orientación, acompañamiento o participar en actividades relacionadas con bienestar emocional, socialización o estimulación cognitiva?

Opcional

- ○ Sí
- ○ No
- ○ Tal vez
- ○ Ya participa o recibe acompañamiento

07. Discapacidad, autonomia y cuidado

¿Tiene alguna discapacidad que limite sus actividades cotidianas?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe/no informa

¿Cuenta con certificado de discapacidad?

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe

Tipo de discapacidad/dificultad

Obligatoria

- ☐ Física o motora
- ☐ Visual
- ☐ Auditiva
- ☐ Intelectual
- ☐ Psicosocial o mental
- ☐ Múltiple
- ☐ Otra

¿Utiliza alguna ayuda técnica?

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

¿Cuál ayuda técnica utiliza?

Obligatoria

- ☐ Bastón
- ☐ Caminador
- ☐ oxigeno
- ☐ Silla de ruedas
- ☐ Audífono
- ☐ Gafas/lentes
- ☐ Prótesis/órtesis
- ☐ Ayuda para comunicación
- ☐ Otra

Actualmente, ¿presenta dificultad para realizar alguna de las siguientes actividades por sí mismo(a)?*

Obligatoria

- [ ] Ninguna
- [ ] Movilizarse o caminar
- [ ] Bañarse
- [ ] Vestirse
- [ ] Alimentarse
- [ ] Preparar alimentos
- [ ] Realizar compras
- [ ] Manejo de dinero
- [ ] Toma de medicamentos
- [ ] Otras

Esta pregunta es obligatoria.

¿Quién le brinda principalmente esa ayuda o cuidado?

Obligatoria

- ◯ Cónyuge o pareja
- ◯ Hijo(a)
- ◯ Otro familiar
- ◯ Vecino(a) o amigo(a)
- ◯ Cuidador remunerado
- ◯ Institución
- ◯ Nadie

¿Usted cuida o brinda apoyo de manera habitual a otra persona?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

¿A quién cuida principalmente?

Obligatoria

- ☐ Cónyuge o pareja
- ☐ Padre o madre
- ☐ Hijo(a)
- ☐ Nieto(a)
- ☐ Otro familiar
- ☐ Otra persona no familiar
- ☐ Cuidador remunerado (Labor remunerada)

¿Puede tomar por sí mismo(a) las decisiones sobre el uso de su propio dinero o recursos económicos?*

Obligatoria

- ○ Sí, sin ayuda
- ○ Sí, con apoyo u orientación
- ○ No, otra persona toma las decisiones
- ○ No aplica (no cuenta con ingresos o recursos propios)

08. Alimentación y seguridad alimentaria

¿Tiene alguna restricción para el consumo de algún alimento?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No sabe

¿Cuál restrición alimenticia?*
Obligatoria

¿Cuántas comidas consume normalmente al día?*
Obligatoria

En los últimos 30 días, ¿ha tenido que disminuir la cantidad o calidad de los alimentos por falta de dinero o recursos?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ Prefiere no responder

¿Recibe actualmente algún apoyo alimentario?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

09. Protección, violencias y derechos

¿Considera que conoce sus derechos incluyendo los exclusivos de las personas mayores?*

Obligatoria

- ○ Sí, ampliamente
- ○ Conoce algunos
- ○ Ha escuchado sobre ellos, pero los conoce poco
- ○ No los conoce

¿Considera que puede identificar cuándo a usted u otra persona le estan vulnerando algún derecho o es víctima de maltrato o abandono?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

Si le vulneraran algún derecho o es víctima de abandono o maltrato , ¿sabría a qué institución acudir?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

Si una entidad no responde o no atiende adecuadamente una solicitud relacionada con sus derechos, ¿sabe qué acciones puede realizar para obtener una respuesta o protección?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

¿Asiste al centro día?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

¿cómo se llama el centro día?*

Obligatoria

Participa actualmente en actividades, grupos u organizaciones de carácter social, comunitario, cultural, recreativo o religioso?*

Obligatoria

- [ ] Cabildo de Personas Mayores.
- [ ] Junta de Acción Comunal (JAC).
- [ ] Veedurías ciudadanas.
- [ ] Presupuesto participativo.
- [ ] Asociaciones o juntas privadas.
- [ ] Organizaciones comunitarias o sociales.
- [ ] Grupos religiosos o pastorales.
- [ ] Grupos culturales, artísticos o recreativos.
- [ ] Grupos deportivos o de actividad física.
- [ ] Voluntariado o acciones solidarias comunitarias.
- [ ] Consejos territoriales o mesas de participación ciudadana.

En las decisiones importantes de su hogar o familia que le afectan directamente, ¿su opinión es tenida en cuenta?*

Obligatoria

- ○ Siempre
- ○ Casi siempre
- ○ Algunas veces
- ○ Nunca
- ○ No responde

10. Educación, formación e inclusión digital

Nivel educativo máximo alcanzado*

Obligatoria

- ○ Ninguno
- ○ Preescolar
- ○ Básica primaria
- ○ Básica secundaria
- ○ Media
- ○ Técnica/tecnológica
- ○ Universitaria
- ○ Posgrado
- ○ No informa

¿Sabe leer?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No informa

¿Sabe escribir?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No informa

¿Utiliza internet, datos o algún tipo de conexión digital?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ No informa

¿Puede realizar por sí mismo/a estas actividades digitales? Enviar mensajes/videollamadas; Buscar información; Solicitar citas o hacer trámites; Consultar servicios de salud; Realizar operaciones financieras digitales.*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ Sí, sin ayuda
- ○ Sí, con ayuda
- ○ No

¿Le gustaría participar en procesos de educación o formación?*

Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No

¿Cuál formación?*

Obligatoria

11. Cierre y control de calidad

¿La persona mayor respondió directamente la encuesta?*
Obligatoria

- ○ Sí
- ○ No
- ○ Parcialmente

Parentesco o relación del acudiente/acompañante que ayuda a responder la encuesta?*
Obligatoria

- ○ No aplica
- ○ Pareja/conyugue/esposo
- ○ Hijo/a
- ○ Otro familiar
- ○ Cuidador/a
- ○ Amigo/a
- ○ Vecino/a
- ○ Otro

Observaciones del encuestador*
Obligatoria

Nombre del encuestador*
Obligatoria

Cargo y programa o instiución que realiza la encuesta*
Obligatoria