

ENVÍA TU CUESTIONARIO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

*Cuando sea mayor... Cuando sea mayor
quiero tener la
conciencia tranquila.
Quiero disfrutar del placer de tener la
mente en paz conmigo
mismo y con los demás. Ser libre.*



910028417



formacion@fundacion26d.org



ENVEJECE CON ORGULLO

Estudio sobre la realidad de las personas mayores LGTBIQ+

Este es un estudio que se realiza conjuntamente por investigadores/as y profesionales de la Fundación 26 de Diciembre y de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid.

Estamos estudiando la realidad de las personas mayores LGTBIQ+ atendiendo sus condiciones de salud, necesidades personales, situación socioeconómica, hábitos de salud y red de apoyo social. Se trata de un estudio pionero en España elaborado con el ánimo de conocer la realidad social de las personas mayores LGTBIQ+ en Madrid para poder diseñar servicios específicos y poner en marcha dispositivos asistenciales que puedan atender mejor las necesidades detectadas de esta comunidad.

Para conseguir este propósito, solicitamos la colaboración de personas que formen parte del colectivo LGTBIQ+ y tengan 50 años o más para responder a las preguntas que más adelante se formulan.

La participación es voluntaria y puedes abandonarla en cualquier momento. Las respuestas son anónimas y los resultados serán tratados sólo de forma colectiva.

Por favor, contesta con la mayor sinceridad posible y recuerda que no existen respuestas buenas ni malas. Es importante que contestes a todas las preguntas, por eso, **antes de dejar una pregunta en blanco, es preferible que marques la opción que más se aproxime a su respuesta.**

Te agradecemos tu colaboración.

HOJA DE INFORMACIÓN

PROPÓSITO Y CONTRIBUCIÓN DEL ESTUDIO

Estamos estudiando la realidad de las personas mayores LGTBIQ+ atendiendo sus condiciones de salud, necesidades personales, situación socioeconómica, hábitos de salud y red de apoyo social. Se trata de un estudio pionero en España elaborado con el ánimo de conocer la realidad social de las personas mayores LGTBIQ+ en Madrid para poder diseñar servicios específicos y poner en marcha dispositivos asistenciales que puedan atender mejor las necesidades detectadas de esta comunidad.

REQUISITOS

Solicitamos la colaboración de personas que formen parte del colectivo LGTBIQ+ y tengan 50 años o más para responder a las preguntas que más adelante se formulan.

La participación es voluntaria y puedes abandonarla en cualquier momento. Las respuestas son anónimas y los resultados serán tratados sólo de forma colectiva.

TRATAMIENTOS DE LOS DATOS RECABADOS

Conforme a los artículos 2 y 4 del Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y 2 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos (LOPD), los datos recabados serán objeto de tratamiento a través de fichero por parte del equipo investigador. La base jurídica de dicho tratamiento es precisamente su consentimiento informado y la investigación, según lo previsto en los artículos 6 y 89 del RGPD.

Toda la información recogida en este estudio será tratada de forma estrictamente anónima. Asimismo, a lo largo de la encuesta no se le pedirá su nombre ni ninguna otra información que le pueda identificar. Los datos recogidos en esta investigación serán presentados en conferencias y/o preparados para ser publicados en revistas científicas, pero siempre de forma colectiva (nunca de forma individual).

DURACIÓN:

Completar la encuesta le llevará 30 minutos aproximadamente.

INFORMACIÓN DE CONTACTO:

Si tuvieses alguna pregunta específica en relación con tu implicación en este estudio, por favor, no dudes en contactarnos.

Así mismo, esperamos que la participación en nuestra investigación y las preguntas que le hagamos sobre sus experiencias y opiniones no le causen ningún tipo de malestar. Si, en alguna medida, fuera ése tu caso y tu implicación en este estudio te provoca alguna emoción o pensamientos que te incomoden o que te gustaría consultar con un/a profesional, puede contactar con los/as investigadores/as, quienes podrán resolverle dudas acerca de la investigación y facilitarle datos de servicios o profesionales:

- Rubén García Sánchez. Dpto. Psicología Social y Metodología. Despacho A13. Facultad de Psicología. C/ Ivan Paulov, 6. Universidad Autónoma de Madrid. Cantoblanco. 28049 Madrid. Teléfono despacho: 914975884; E-mail: ruben.garciasanchez@uam.es
- Pedro Bogo López. Responsable del Área de Formación e Investigación de la Fundación 26 de Diciembre. Sede de la Fundación, calle del Amparo nº 27 Bajo. Madrid 28012 Teléfono: 640267302.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. Confirmando que he leído la hoja de información reflejada en el apartado anterior "Hoja de Información".
2. Entiendo que puedo ponerme en contacto con los/as investigadores/as para plantear cualquier duda o cuestión al respecto de mi participación.
3. Entiendo que mi participación es voluntaria y que puedo abandonar la investigación en cualquier momento, sin necesidad de dar ninguna explicación y sin ninguna consecuencia.
4. Consiento tomar parte del siguiente estudio.

POR FAVOR, VE A LA SIGUIENTE PÁGINA Y COMPLETA EL CUESTIONARIO SÓLO SI ESTÁS DE ACUERDO CON LAS CUATRO AFIRMACIONES ANTERIORES.

Gracias.

BLOQUE I. ANTECEDENTES Y SITUACIÓN ACTUAL
--

¿En qué año naciste? _____.

¿Cuál es tu nivel educativo?

- Educación Primaria o similar (desde los 6 a los 12 años).
- Educación Secundaria o similar (desde los 12 a los 16 años)
- Bachillerato o similar (desde los 16 a los 18 años).
- Formación Profesional o similar (Grado Medio o Superior).
- Estudios Universitarios (Licenciatura, Diplomatura, Grado o Posgrado).

¿Has estado empleado/a a lo largo de los últimos 12 meses?

- Sí.
- No.

Si NO has estado empleado/a en los últimos 12 meses, indica la razón principal:

- Jubilación. Por favor, indica el año en el que te jubilaste _____.
- Enfermedad.
- Cuidar de un/a familiar/persona dependiente.
- Otra razón. Por favor, indica cuál _____.

¿Cuáles son tus condiciones de vida actualmente?

- Vivo solo.
- Vivo con mi pareja.
- Vivo con otros/as miembros de mi familia.
- Vivo con otras personas que no son de mi familia.

¿Tienes hijos/as?

- Sí.
- No.

Si has respondido que SÍ, indica cuántos hijos/as tienes: _____.

¿Tienes nietos/as?

- Sí.
- No.

Si has respondido que SÍ, indica cuántos nietos/as tienes: _____.

¿Dónde vives actualmente?

- Mi propio domicilio en propiedad.
- Mi propio domicilio en alquiler.
- Domicilio de un familiar.
- Residencia.
- Otro tipo de residencia. Por favor, indica cuál _____.

¿Cómo defines tu orientación sexual?

- Gay/lesbiana.
- Bisexual.
- Heterosexual.
- Otro término. Por favor, especifica cuál _____.
- Prefiero no decirlo.

¿Cómo te describirías?

- Hombre.
- Mujer.
- Otro término. Por favor, especifica cuál _____.
- Prefiero no decirlo.

¿Cuál es el sexo que aparece en tu certificado de nacimiento?

- Masculino.
- Femenino.
- Prefiero no decirlo.

¿Te defines como una persona trans* (persona cuya identidad no es congruente con el sexo asignado al nacer)?

- Sí.
- No.

¿Te consideras como una persona intersex* (término general usado para una variedad de situaciones en las que una persona nace con una condición anatómica sexual que no se ajusta a lo que tradicionalmente se considera “masculino” o “femenino”)?

- Sí.
- No.

¿En qué país naciste? _____.

Si NO naciste en España, indica en qué año comenzaste a vivir aquí _____.

¿Cuáles es tu situación sentimental actual?

- Soltero/a.
- Casado/a o con pareja
- Divorciado/a o separado/a.
- Viudo/a.

Si estás casado/a o con pareja, indica en qué año comenzó la relación: _____.

¿Tienes mascotas?

- Sí.
- No.

A continuación, se presentan cinco afirmaciones tu vida en general. Indica tu grado de acuerdo con cada frase:

1. La mayoría de las veces, mi vida se acerca a mi ideal.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
2. Mis condiciones de vida son excelentes.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
3. Estoy satisfecho/a con mi vida.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
4. Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que quiero en mi vida.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
5. Si pudiera volver a vivir mi vida, no cambiaría nada.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>

BLOQUE II. SALUD

En general, ¿cómo calificarías tu salud durante las últimas cuatro semanas?

Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

¿Cuánto dolor corporal has tenido durante las últimas cuatro semanas?

Ninguno Muy leve Leve Moderado Severo Muy severo

Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida los problemas de salud física han limitado tus actividades físicas habituales (como caminar o subir escaleras)?

Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces Casi siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánta dificultad has tenido para realizar tus tareas cotidianas, tanto en el hogar como fuera, debido a tu salud física?

Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces Casi siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿con cuánta energía te has sentido?

Ninguna Poca Alguna Bastante Mucha

Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida tu salud física o tus problemas emocionales han limitado tus actividades sociales con amistades y familia?

Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces Casi siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto te han molestado los problemas emocionales (como sentirte ansioso/a, deprimido/a o irritable)?

Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces Casi siempre

Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida los problemas personales o emocionales te han impedido hacer tus tareas cotidianas?

Nunca Alguna vez Varias veces Muchas veces Casi siempre

Las siguientes preguntas son acerca de tus sentimientos y pensamientos. En cada caso, por favor, contesta con qué frecuencia te has sentido o has pensado de esta manera en las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:

1. ¿Con qué frecuencia sentiste que no podías controlar las cosas importantes de su vida?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido seguro de tu capacidad para manejar tus problemas personales?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencias has sentido que las cosas iban bien?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
4. ¿Con qué frecuencia has sentido que las dificultades se acumulaban tanto que no podías superarlas?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>

A continuación, se muestra una lista de cosas que probablemente has podido sentir DURANTE LA SEMANA PASADA. Por favor, indica la frecuencia de cada estado:

1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestar.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
2. Tenía dificultades para mantener en mi cabeza lo que estaba haciendo.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
3. Me sentía deprimido.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
4. Me sentía esperanzado por el futuro.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
5. Me sentía asustado/a.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
6. Mi sueño era inquieto.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
7. Estaba feliz.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
8. Me sentía solo/a.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
9. No podía “ponerme en marcha”.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
10. Sentía que todo lo que hacía me suponía un esfuerzo.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>
11. No tenía mis propias necesidades básicas satisfechas, como la comida, la limpieza o la seguridad.	Casi nunca <input type="checkbox"/>	Algunas veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/>

¿Tienes una persona que sea tu médico/a o tu personal sanitario de referencia?

- Sí, una persona.
- Sí, varias personas.
- No.

¿Aproximadamente cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que has visitado a un/a médico/a para un *chequeo de rutina (una revisión o examen físico general)?**

El año pasado Hace 2 años Hace 5 años Hace más de 5 años Nunca

Por favor, indica las situaciones que te ocurrieron en los últimos 12 meses.

Necesitabas ver a un/a médico/a, pero no pudiste hacerlo debido a su precio.

- Sí.
- No.

Necesitabas tomar una medicación, pero no pudiste disponer de él debido a su precio.

- Sí.
- No.

Acudiste de emergencia al hospital.

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, indica cuántas veces:_____.

Acudiste a terapia con un/a psicólogo/a o psiquiatra.

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, indica en qué ámbito te atendieron:

- Profesional privado.
- Sistema Nacional de Salud.
- Seguro médico.

En general, las personas con mayores ingresos pueden obtener una atención médica más fácilmente. ¿Cuáles son tus ingresos económicos mensuales actualmente?

- No tengo ningún ingreso.
- Menos de 499 euros.
- Entre 500 y 999 euros.
- Entre 1000 y 1499 euros.
- Entre 1500 y 1999 euros.
- Más de 2000 euros.

¿Qué tipo de cobertura de tu dispones actualmente?

- Sistema Nacional de Salud.
- Seguro privado de salud.
- Ningún acceso a servicio de salud.

¿Estás limitado/a de alguna manera en alguna actividad debido a problemas físicos, mentales o emocionales?

- Sí.
- No.

¿Actualmente tienes algún problema de salud que requiera de un equipamiento especial, como un bastón, una silla de ruedas, una cama especial o un teléfono especial (incluido el uso ocasional)?

- Sí.
- No.

En una SEMANA NORMAL, ¿realizas actividades moderadas durante al menos 10 minutos seguidos, como caminar a paso ligero, montar en bicicleta, pasar la aspiradora, arreglar el jardín o balcón o cualquier otra actividad que provoque un leve aumento de la frecuencia respiratoria o cardiaca?

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, indica cuántos veces por semana: _____.

En una SEMANA NORMAL, ¿realizas actividades intensas durante al menos 10 minutos seguidos, como correr, hacer ejercicios aeróbicos, realizar trabajos pesados en el jardín o balcón o cualquier otra cosa que provoque un gran aumento de la frecuencia respiratoria o cardiaca?

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, indica cuántos veces por semana: _____.

En una SEMANA NORMAL, ¿realizas alguna de las siguientes actividades? Lectura, meditación, dibujar, pintar, manualidades, fotografía o cualquier otra actividad que promueva tu bienestar.

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, indica cuántos veces por semana: _____.

A continuación, indica si has tenido problemas con alguna de los siguientes problemas:

- Problemas de vista (incluso cuando llevas gafas o lentillas).
- Problemas de oído (incluso cuando llevas audífono).
- Problemas dentales.

Indica cuál es tu estatura: _____.

Indica cuál es tu peso actual: _____.

¿Has intentado ganar o perder peso alguna vez?

- Perder peso.
- Ganar peso.
- Ninguna de las dos.

En los últimos 12 meses, ¿has mantenido relaciones sexuales con otra persona?

- Solo con hombres.
- Solo con mujeres.
- Con hombres y mujeres.
- No he mantenido relaciones sexuales con otras personas.

A continuación, indica si el/la médico/a te ha informado alguna vez si tienes alguna de estas condiciones o enfermedades:

- Diabetes.
- Presión arterial alta.
- Colesterol alto.
- Problema cardiovascular (insuficiencia cardiaca, ataque al corazón, angina de pecho o infarto).
- Hepatitis.
- VIH/SIDA.
- Cáncer (recto, color, próstata, pulmón, mama o cualquier otro).
- Depresión.
- Ansiedad.
- Artritis.
- Asma.
- Esclerosis múltiple.
- Cataratas.
- Osteoporosis.

Indica cuánto tiempo ha pasado desde que te hicieron la última prueba diagnóstica de las siguientes:

1. Análisis de sangre.	El año pasado <input type="checkbox"/>	Hace 2 años <input type="checkbox"/>	Hace 5 años <input type="checkbox"/>	Hace más de 5 años <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/>
2. Colonoscopia.	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
3. Test de osteoporosis	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
4. Test de VIH.	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
5. Mamografía.	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
6. Prueba de la PSA (test de antígenos específicos de la próstata).	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>

¿Has tomado hormonas alguna vez?

El año pasado Hace 2 años Hace 5 años Hace más de 5 años Nunca

Si has respondido que *alguna vez has tomado hormonas*, ¿te las prescribió un/a médico/a?

- Sí.
 No.

¿Te has inyectado silicona o te has hecho algún implante alguna vez?

- Sí.
 No.

Si has respondido que *alguna vez te has inyectado o hecho un implante de silicona*, ¿fue realizado por un/a médico/a?

- Sí.
 No.

¿Has fumado más de 100 cigarrillos en tu vida?

- Sí.
 No.

Si has respondido que *SÍ*, ¿con qué frecuencias fumas?

- Diariamente.
 Algunos días.
 Esporádicamente.
 Lo he dejado.

En los ÚLTIMOS 30 DÍAS, ¿has tomado al menos una bebida alcohólica? Una bebida alcohólica puede ser una caña de cerveza, una copa de vino o un chupito de cualquier licor.

- Sí.
- No.

Si has respondido que *SÍ*, ¿cuántos días tomaste alguna bebida alcohólica?_____.

Si has respondido que *SÍ*, ¿cuántas bebidas tomaste de media al día?_____.

En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has tomado algún tipo de droga? Excluyendo los tratamientos médicos.

- Sí.
- No.

En los ÚLTIMOS 12 MESES, ¿has tomado más dosis de las prescritas de algún medicamento?

- Sí.
- No.

BLOQUE III. SOCIAL

A lo largo de la SEMANA PASADA, indica si has necesitado ayuda para realizar las siguientes actividades:

- Usar el teléfono.
- Ir a comprar comida.
- Preparar la comida en casa.
- Tareas del hogar (como hacer la cama, limpiar o fregar).
- Hacer la lavadora.
- Usar el transporte.
- Tomar la medicación (la dosis correcta en el momento adecuado).
- Manejar la economía de casa.
- Ninguna de las anteriores.

A lo largo de la SEMANA PASADA, indica si has necesitado ayuda para realizar las siguientes actividades:

- Vestirte.
- Andar.
- Ir al baño.
- Comer.
- Asearte (tomar una ducha o un baño).
- Salir de la cama.
- Levantarte de un asiento.
- Ninguna de las anteriores.

¿Normalmente recibes ayudas por parte de tu pareja, un/a amigo/a o familiar para cubrir tus necesidades?

- Sí.
- No.
- Una persona con la que guardo otro tipo de relación (ej. persona contratada).

A continuación, si has respondido que *SÍ*, indica las características de la persona que te ayuda más o se ocupa de tus necesidades normalmente.

¿Qué tipo de relación mantienes con él/ella?

- Pareja.
- Amigo/a.
- Hijo/a.
- Nieto/a.
- Otro familiar. Por favor, especifica qué familiar es (ej. hermano/a):_____.
- Profesional contratado.
- Profesional de la residencia u hogar en el que vivo.

¿Cómo describirías a esta persona?

- Hombre.
- Mujer.
- Otro término. Por favor, especifica cuál_____.

¿Cuál es su orientación sexual?

- Gay/lesbiana.
- Bisexual.
- Heterosexual.
- Otro término. Por favor, especifica cuál _____.
- No lo sé.

¿Es una persona trans?

- Sí.
- No.

¿Es una persona intersex?

- Sí.
- No.

¿Cuántos años tiene? _____.

¿Reside esta persona en tu mismo domicilio?

- Sí.
- No.

¿Cuántos tiempo lleva ocupándose de tu cuidado o ayudándote? _____.

¿Cuántas horas dedica esta persona a ayudar en una semana? _____.

¿La persona que te ayuda tiene algún problema de salud? _____.

A continuación, incluimos otras cuestiones sobre tus relaciones sociales y redes de apoyo:

¿Te has casado en alguna ocasión con una persona de tu mismo sexo? _____.

¿A lo largo de tu vida has vivido el fallecimiento de tu pareja? _____.

Durante LA ÚLTIMA SEMANA, ¿cómo de a menudo has ido a la iglesia? _____.

¿Cuántos años tenías cuando le dijiste a alguien por primera vez que eras gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex? _____.

A continuación, indica en qué grado las siguientes personas saben (o sabían) que eres gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex:

La escala de respuesta es la siguiente:

- 1: Seguro que no lo sabe.
- 2: Probablemente no lo sabe.
- 3: Probablemente lo sabe.
- 4: Seguro que lo sabe.

1. Tu madre.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
2. Tu padre.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
3. Tus hermanos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
4. Tus hijos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
5. Tus nietos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
6. Tus abuelos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
7. Tus mejores amigos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
8. Tus compañeros/as de trabajo.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
9. Tus vecinos/as.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>
10. Tú médico/a.	Seguro que no lo sabe <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	Seguro que lo sabe <input type="checkbox"/>	No aplicable <input type="checkbox"/>

Por favor, indica tu grado de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

1. Desearía no ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
2. He intentado no ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
3. Si alguien me ofreciera la oportunidad de ser completamente heterosexual y cis (no trans), la aceptaría.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
4. Siento que para mí ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex es un defecto.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
5. Me gustaría recibir ayuda profesional para no ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
6. Me siento bien perteneciendo a la comunidad LGTBI+.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>

7. Me siento orgulloso/a perteneciendo a la comunidad LGTBI+.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
8. Tengo miedo de acceder a servicios sociales o sanitarios propios de la comunidad LGTBI+.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>
9. Tengo miedo de acceder a servicios sociales o sanitarios fuera de la comunidad LGTBI+.	Total Desacuerdo <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Total Acuerdo <input type="checkbox"/>

Por favor, indica cuántas veces en tu vida has vivido las siguientes experiencias por el hecho de ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex:

La escala de respuesta es la siguiente:

- 0: Nunca.
- 1: Una vez.
- 2: Dos veces.
- 3: Tres veces o más.

1. No me contrataron para un trabajo.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
2. No me dieron un ascenso o promoción en mi trabajo.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
3. Me despidieron de mi trabajo.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
4. Me impidieron vivir en el barrio que quería.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
5. Me molestó la policía.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
6. Se me negó un servicio médico.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
7. Me insultaron verbalmente (críticas, gritos).	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
8. Me amenazaron con violencia física.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
9. Me lanzaron un objeto.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
10. Me golpearon o dieron puñetazos o patadas.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
11. Me amenazaron con un cuchillo o un arma.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>

12. Me atacaron sexualmente.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
13. Alguien te amenazó con decirle a otra persona que eres gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
14. Me arrestaron o encarcelaron.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
15. La policía me ignoró cuando necesita ayuda.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>
16. Mi propiedad fue dañada o destruida.	Nunca <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 o más veces <input type="checkbox"/>

¿Alguna vez has pensado seriamente en quitarte la vida?

- Sí.
 No.

Si has respondido que *SI*, ¿los pensamientos suicidas estaban relacionados con el hecho de ser gay/lesbiana, bisexual, trans o intersex?

- Sí.
 No.

En el último año, ¿un/a compañero/a, familiar o amigo/a cercano/a te golpeó, abofeteó, empujó o amenazó con un arma?

- Sí.
 No.

En el último año, ¿un/a compañero/a, familiar o amigo/a cercano/a te criticó severamente, se burló de ti, insultó, amenazó verbalmente con hacerte daño a ti o a tus cosas?

- Sí.
 No.

A continuación, indica si tienes a tu disposición cuando lo necesitas los siguientes tipos de apoyo:

1. Alguien que te ayuda con las tareas domésticas cuando te encuentras enfermo/a.	Nunca <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
2. Alguien a quien acudir para recibir consejos cuando tienes que afrontar un problema personal.	Nunca <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
3. Alguien con quien hacer algo divertido.	Nunca <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>
4. Alguien que te quiere y te hace sentir querido/a.	Nunca <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	Siempre <input type="checkbox"/>

A continuación, indica el número de personas (amistades, familiares, compañeros/as, vecinos/as, etc.) con las que interaccionas (charlar, visitar, escribir, etc.) a lo largo de un mes típico en tu vida actual:

Indica el número de personas MAYORES de 50 años que son:

Hombres: _____ Mujeres: _____

Comunidad LGTBI+: _____ Heterosexuales y cis (no trans): _____

Indica el número de personas MENORES de 50 años que son:

Hombres: _____ Mujeres: _____

Comunidad LGTBI+: _____ Heterosexuales y cis (no trans): _____

Las siguientes preguntas tratan sobre cómo te sientes acerca de diferentes aspectos de tu vida. Para cada uno, indica con qué frecuencia te sientes así:

1. ¿Con qué frecuencia sientes que te falta compañía?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
2. ¿Con qué frecuencia te sientes excluido/a?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>
3. ¿Con qué frecuencias te sientes aislado/a de los/as demás?	Nunca <input type="checkbox"/>	Casi nunca <input type="checkbox"/>	A veces <input type="checkbox"/>	Bastantes veces <input type="checkbox"/>	Muy a menudo <input type="checkbox"/>

Actualmente, ¿te ocupas del cuidado de otra persona (tu pareja, un/a amigo/a u otro/a familiar)?

- Sí.
 No.

A continuación, si has respondido que *SÍ*, indica las características de la persona a la que ayudas o de la que te ocupa de sus necesidades normalmente.

¿Qué tipo de relación mantienes con él/ella?

- Pareja.
 Amigo/a.
 Hijo/a.
 Nieto/a.
 Otro familiar. Por favor, especifica qué familiar es (ej. hermano/a): _____.
 Profesional contratado.
 Profesional de la residencia u hogar en el que vivo.

¿Cómo describirías a esta persona?

- Hombre.
 Mujer.
 Otro término. Por favor, especifica cuál _____.

¿Cuál es su orientación sexual?

- Gay/lesbiana.
 Bisexual.
 Heterosexual.
 Otro término. Por favor, especifica cuál _____.
 No lo sé.

¿Es una persona trans?

- Sí.
 No.

¿Es una persona intersex?

- Sí.
- No.

¿Cuántos años tiene?_____.

¿Reside esta persona en tu mismo domicilio?

- Sí.
- No.

¿Cuántos tiempo llevas ocupándote de tu cuidado o ayudando a esta persona?_____.

¿Cuántas horas dedica le dedicas a ayudar a esta persona en una semana?_____.

¿La persona a la que ayudas tiene algún problema de salud?_____.

¿De cuáles de las siguientes tareas te ocupas principalmente?

- Transporte, compra, hacer la lavadora, preparar la comida.
- Cuidado personal (vestirse, aseo, baño, comer).
- Manejar los gastos.

¡EL CUESTIONARIO YA SE HA TERMINADO!

Te agradecemos mucho tu participación. Todas tus respuestas son fundamentales para nuestro proyecto y, en definitiva, para poder conocer mejor tu realidad y así mejorar los servicios sociales y sanitarios que tienes a tu disposición.

Nos gustaría pedirte, en último lugar, una forma de contactar contigo (tu email o número de teléfono), así como cualquier comentario que quieras hacernos. Cuando terminemos con esta fase de recogida de información, elaboraremos un informe que nos gustaría compartir contigo.

Datos de contacto _____.

Comentarios _____
