

Age Strong realiza esta encuesta para obtener más información sobre las necesidades y prioridades de los adultos mayores de Boston. Los resultados de esta encuesta se usarán para el Plan Age Strong, que tiene como objetivo hacer de Boston una ciudad inclusiva y accesible para personas de todas las edades. ¡Esta es una valiosa oportunidad para darnos su opinión! Sus respuestas ayudarán a delinear el trabajo y las decisiones de financiación de Age Strong en los próximos años, y a crear una ciudad en la que todos podamos envejecer. **Sus respuestas se mantendrán confidenciales y no se compartirán por fuera de Age Strong y la Oficina Ejecutiva de Asuntos de la Tercera Edad.**

**1. Necesidades:** Revise la lista a continuación y elija las necesidades que considera más importantes en relación con el envejecimiento. Los ejemplos de cada categoría no son todos los ejemplos posibles, por lo tanto, puede seleccionar una categoría aún si no aparece en ella su necesidad específica.

**Seleccione todas las necesidades que sean importantes para usted:**

- Acceso a servicios:** obtener ayuda para recibir beneficios de alimentos o del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) y servicios financieros y para solicitar un seguro de salud.
- Atención médica asequible:** acceder a servicios de salud, seguros y gestión de los costos de medicamentos recetados a buen precio.
- Acceso a atención médica:** encontrar un médico, acceder a los servicios de salud, asistir a clases de prevención de caídas, explorar opciones de medicina alternativa y recibir visitas médicas a domicilio.
- Vivienda asequible:** encontrar vivienda asequible, ingresar a listas de espera para unidades subsidiadas y acceder a asistencia para la renta.
- Accesibilidad y mantenimiento de viviendas:** buscar viviendas accesibles y asistencia con reparaciones y mantenimiento de propiedades.
- Apoyo en el hogar para mantener la independencia:** obtener ayuda con las dificultades que presenta el envejecimiento en el hogar y asistencia para las actividades de la vida cotidiana (como bañarse, ir al baño, vestirse, alimentarse, caminar, asearse), el mantenimiento del hogar y de la propiedad (remoción de nieve, cuidado del césped, remoción de hojas), las modificaciones de la vivienda, las tareas generales, los problemas de equilibrio y movilidad y la obtención de los dispositivos necesarios.
- Servicios y recursos de apoyo a largo plazo:** acceder a servicios de atención domiciliaria, una mejor dotación de personal en centros de atención a largo plazo y una mayor gestión de casos.
- Asistencia para la gestión de otros gastos:** recibir asistencia con gastos no relacionados con la vivienda ni la atención médica; por ejemplo, impuestos, servicios públicos y alimentos.
- Servicios legales:** obtener asesoramiento legal para abordar inquietudes sobre ingresos y beneficios públicos, atención médica, atención a largo plazo, nutrición, vivienda, servicios públicos, servicios de protección, abuso, negligencia, discriminación por edad y defensa de tutela.
- Apoyo para la salud mental y el comportamiento:** acceder a clases y contenido educativo sobre salud mental, asesoramiento, ayuda con la depresión, la ansiedad y el estrés, y abordar el consumo abusivo de alcohol y drogas.
- Apoyo nutricional:** obtener acceso a alimentos saludables, recibir ayuda con la preparación de comidas y asistencia con la entrega, y abordar la inseguridad alimentaria.
- Protección y seguridad:** obtener asistencia con modificaciones en el hogar para el equilibrio y la prevención de caídas y con el manejo de situaciones de abuso, explotación, maltrato, seguridad pública y seguridad comunitaria.

- Acceso y disponibilidad de transporte:** encontrar transporte para citas o actividades sociales, más oportunidades de transporte en autobús o compartido, ayuda con el transporte público y con el transporte durante los fines de semana.
- Desarrollo de la fuerza laboral:** encontrar empleo, oportunidades laborales flexibles, oportunidades de capacitación y trabajos bien remunerados.
- Apoyo para cuidadores:** encontrar programas que pagan por servicios de cuidadores familiares, grupos de apoyo, apoyo para personas afectadas por demencia, programas educativos, atención de relevo, centros de día y programas de salud diurnos para adultos, e información para abuelos que crían a sus nietos.
- Asistencia para abordar el aislamiento social:** encontrar compañía, acceder a tecnología asequible, programas de teléfono e Internet, conexiones regulares y recursos de apoyo formales e informales.
- Oportunidades de ocio, recreación y socialización:** encontrar y participar en actividades sociales, información sobre programas, tarifas reducidas en sitios o museos y espacios al aire libre para personas mayores.
- Participación cívica/oportunidades de voluntariado:** encontrar oportunidades de voluntariado, participación de adultos mayores en la comunidad y participación en actividades del vecindario.
- Oportunidades de aprendizaje y desarrollo:** encontrar programas educativos, aprender nuevas habilidades (como usar correos electrónicos, Internet, aplicaciones, etc.) y capacitación en tecnología digital.
- Mantenerse activo/promoción del bienestar:** encontrar clases sobre envejecimiento saludable, información sobre bienestar físico, programas de acondicionamiento físico, clases de ejercicios para adultos mayores y recursos de apoyo para cuidadores.
- Abordar el edadismo y la discriminación por edad:** prevenir los estereotipos negativos, los prejuicios y la discriminación basados en la edad.
- Superar las barreras lingüísticas y de comunicación:** encontrar servicios de interpretación o traducción, encontrar información sobre servicios y recursos en diferentes idiomas e inscribirse en clases de inglés como segundo idioma.
- Apoyo LGBTQIA+:** encontrar proveedores que comprendan los problemas de las personas lesbianas, homosexuales, bisexuales, transgénero, queer/en cuestionamiento, intersexuales, asexuales/aliados y otras identidades, integrarse en la comunidad y recibir apoyo para lidiar con los prejuicios.
- Apoyo espiritual:** encontrar actividades basadas en la fe, desarrollar oportunidades para el crecimiento espiritual y abordar la falta de servicios en persona.
- Otro (Especifique):** \_\_\_\_\_

**2. Clasificación de necesidades:** *Clasifique las tres necesidades principales que eligió en la lista anterior, según la importancia que tienen para usted.*

*Para clasificar las necesidades, regrese a la lista de la Pregunta 1 que acaba de completar y escriba un "1" junto a la necesidad que sea más importante para usted, un "2" junto a la segunda necesidad más importante y un "3" junto a la tercera necesidad más importante.*

**3. ¿En qué vecindario de Boston vive?**

- |   |  |  |                                       |                                       |
|---|--|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Allston                        | <input type="checkbox"/> Brighton                                | <input type="checkbox"/> Back Bay                              | <input type="checkbox"/> Beacon Hill  | <input type="checkbox"/> Charlestown  |
| <input type="checkbox"/> Chinatown/<br>Leather District | <input type="checkbox"/> Dorchester (al norte<br>de Park Street) | <input type="checkbox"/> Dorchester (al sur<br>de Park Street) | <input type="checkbox"/> Downtown     | <input type="checkbox"/> East Boston  |
| <input type="checkbox"/> Fenway                         | <input type="checkbox"/> Hyde Park                               | <input type="checkbox"/> Jamaica Plain                         | <input type="checkbox"/> Mattapan     | <input type="checkbox"/> Mission Hill |
| <input type="checkbox"/> North End                      | <input type="checkbox"/> Roslindale                              | <input type="checkbox"/> Roxbury                               | <input type="checkbox"/> South Boston | <input type="checkbox"/> South End    |
| <input type="checkbox"/> West End                       | <input type="checkbox"/> West Roxbury                            | <input type="checkbox"/> Otro _____                            |                                       |                                       |

**4. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en Boston?**

- Menos de 5 años     Entre 5 y 14 años     Entre 15 y 24 años     Entre 25 y 34 años     Entre 35 y 44 años     Entre 45 y 54 años     55 años o más

**5. ¿Qué importancia tiene para usted seguir viviendo en el vecindario donde vive actualmente a medida que envejece? (Marque una sola respuesta).**

- Muy importante     Bastante importante     Un poco importante     Para nada importante

**6. ¿Tiene un trabajo remunerado?  Sí, jornada completa     Sí, media jornada     Estoy buscando empleo     Estoy retirado**

**7. Si está buscando trabajo, ¿qué obstáculos enfrenta? (Seleccione todas las opciones que corresponda).**

- Conflictos de horarios     Transporte     Discriminación por edad     Necesita adquirir más habilidades     Discapacidad/impedimentos
- Miedo a perder beneficios     Responsabilidades de cuidado (cuidado de ancianos, cuidado del cónyuge, cuidado de una persona dependiente)     No estoy buscando trabajo     Otro \_\_\_\_\_

**8. Indique en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación: "Dispongo de recursos adecuados para cubrir mis necesidades financieras, lo que incluye mantenimiento del hogar, atención médica personal y otros gastos".**

- Muy de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo     Muy en desacuerdo

**9. ¿Hubo algún momento en los últimos 12 meses en que usted no tuvo dinero para cubrir las siguientes necesidades? (Seleccione todas las opciones que corresponda).**

- Alimentos     Vivienda (renta/hipoteca)     Transporte     Calefacción     Electricidad     Prescripciones
- Necesidades médicas     Deudas     Cuidado infantil     Cuidados (cuidado de ancianos, cuidado del cónyuge, cuidado de una persona dependiente)
- Refacción del hogar     Cable/Internet     Ninguna de las anteriores     Otra \_\_\_\_\_

**10. ¿Renta o es propietario de su vivienda?**

- Propiedad suya o de un miembro del grupo familiar con hipoteca o préstamo     Propiedad suya o de un miembro del grupo familiar sin hipoteca o préstamo
- Usted o un miembro del grupo familiar pagan renta     Otro \_\_\_\_\_

**11. ¿Con quién vive? (Seleccione todas las opciones que corresponda).**

- Solo     Con mis hijos, que son adultos (18 años o mayores)     Con mi cónyuge o pareja     Con mi(s) nieto(s)
- Con otro(s) pariente(s)     Con mi(s) hijo(s) (menores de 18 años)     Con mascotas     Con alguien más (compañero de cuarto, amigo, no pariente)

**12. En los próximos 5 años, si debiera mudarse de su hogar actual, ¿qué tipo de vivienda preferiría en Boston? (Seleccione todas las opciones que corresponda).**

- Casa unifamiliar más pequeña     Apartamento auxiliar (construido como ampliación de una casa)     Apartamento, condominio o casa adosada     Comunidad de jubilados mayores de 55 años
- Comunidad de vida asistida     Vivienda subvencionada (con vale o exención)     Otro \_\_\_\_\_

**13. Si tuviera que mudarse de su residencia actual, ¿cuál sería el motivo?** (Seleccione todas las opciones que corresponda).

- Tamaño de la casa (se desea más o menos espacio)     Costos de vivienda (renta/hipoteca, refacciones del hogar, impuestos sobre la propiedad)     Querer vivir en una zona diferente con comodidades diferentes     Estar más cerca de amigos o familiares
- Necesidad de una vivienda que favorezca la vida independiente a medida que envejece (por ejemplo, una vivienda sin escaleras)     No tengo planes de mudarme     Otro \_\_\_\_\_

**14. ¿Es adecuado el tamaño de su vivienda?**

- Alojamiento adecuado (espacio suficiente)     Vive en una vivienda demasiado grande (espacio más que suficiente)
- Vive en una vivienda demasiado pequeña (no hay suficiente espacio, se aloja en casa de amigos o familiares)

**15. ¿Con qué frecuencia se siente en riesgo de perder su vivienda (por ejemplo, imposibilidad de pagar las facturas, desalojo o cambios en la titularidad de su propiedad)?**

- Nunca     Constantemente     Una vez al mes     En los últimos seis meses     En el último año     Me siento en riesgo de perder mi vivienda en el futuro

**\*Si está en riesgo de perder su vivienda y necesita ayuda, comuníquese telefónicamente con Age Strong al 617-635-4366 y alguien del equipo de vivienda le brindará asistencia. Para obtener ayuda fuera del horario comercial, comuníquese telefónicamente al 3-1-1.**

**16. Indique en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación: “Siento que pertenezco al barrio en el que vivo”.**

- Muy de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo     Muy en desacuerdo

**17. Si hoy hubiera una emergencia, ¿conoce a algún vecino o miembro de la comunidad que pudiera estar pendiente de usted y de su familia?**

- Sí     No     No estoy seguro

**18. ¿Ha sido el idioma un obstáculo para acceder a servicios en Boston?**

- Sí     No

**19. ¿Cómo se entera usted de lo que sucede en su vecindario?** (Seleccione todas las opciones que corresponda).

- Periódico     Televisión     Radio     Vecinos     Amigos/familiares     Iglesia/organizaciones religiosas
- Organizaciones comunitarias     Letreros/volantes     Internet/redes sociales     Otro \_\_\_\_\_

**20. Evalúe en qué medida está de acuerdo con la siguiente afirmación: “Creo que sé dónde obtener información sobre servicios, recursos y actividades para satisfacer mis necesidades”.**

- Muy de acuerdo     De acuerdo     En desacuerdo     Muy en desacuerdo

**21. ¿Cuál de las siguientes situaciones se aplica actualmente a usted?**

(Seleccione todas las respuestas que corresponda):

- Enfrenta situaciones de abuso, negligencia o explotación.
- Vive con Alzheimer o demencia.
- Tiene problemas de memoria o para pensar.
- Necesita acceso a actividades culturales o sociales (por ejemplo, eventos culturales, servicios religiosos, grupos sociales).
- Vive con pérdida de visión.

- Vive con pérdida auditiva.
- Vive con discapacidades físicas (incluidos problemas de movilidad y problemas crónicos de salud física).
- Su estado de salud es frágil o débil.
- Necesita recursos que le brinden apoyo como cuidador.
- Es abuelo y cría a sus nietos.
- Tiene problemas de vivienda (por ejemplo, problemas para pagar el alquiler, condiciones de vida poco seguras).
- Frecuentemente se siente solo o aislado (por ejemplo, tiene interacciones sociales limitadas, le falta compañía).
- Necesita servicios legales (por ejemplo, ayuda con problemas de vivienda, beneficios gubernamentales, poderes notariales y asesoramiento legal).
- Es parte de la comunidad LGBTQIA+.
- Tiene problemas de salud mental o emocional (como ansiedad, depresión, estrés).
- Necesita ayuda con las comidas o la nutrición (por ejemplo, dificultad para cocinar o necesidad de servicio de entrega de comidas).
- Tiene necesidades laborales o relacionadas con el trabajo (por ejemplo, necesita ayuda para la búsqueda de empleo, necesita adaptaciones en el lugar de trabajo).
- Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

### **Información demográfica**

**22. ¿Cuál es su edad? (Anótela):** \_\_\_\_\_

**23. El género con el que me identifico es...**

- Femenino    Masculino    No binario, genderqueer, género no conforme    No estoy seguro.    Prefiero no responder.    Otro \_\_\_\_\_

**24. La raza/etnia con la que me identifico es...** *(Seleccione todas las opciones que corresponda. Tenga en cuenta que puede indicar más de un grupo).*

- Indio norteamericano o nativo de Alaska    Asiático    Negro o afroamericano    Hispano o latino    De Oriente Medio o África del Norte
- Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico    Blanco    Prefiero no responder.    Otro \_\_\_\_\_

**25. ¿Habla un idioma que no es inglés en casa?**    Sí    No

**26. Si es así, ¿qué otro(s) idioma(s) habla?** \_\_\_\_\_

**27. ¿Qué tan bien habla inglés?**    Muy bien    Bien    No muy bien    No hablo en absoluto.

**28. ¿Es su ingreso familiar anual total inferior a USD 20 000? (Opcional)**

- Sí    No    Prefiero no responder.

**29. ¿Es usted actualmente miembro de MassHealth?**

- Sí    No    No sé

**Utilice este espacio para brindarnos cualquier información adicional que desee compartir:**

---

---

---

¿Quiere unirse a la lista de difusión  
por correo electrónico de Age Strong?

\_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico

\_\_\_\_\_ Código postal

*\*Toda la información de esta encuesta es confidencial. Si decide suscribirse a nuestra lista de correo electrónico, su dirección de correo electrónico, nombre y cualquier otra información de identificación no quedarán vinculados a sus respuestas a esta encuesta. \**

**Devolver por correo:** Attn: Ava Portela  
Age Strong Commission  
City of Boston  
1 City Hall Square, Room 271  
Boston, MA 02201