**Mi barrio, mi calle**

**Gracias por acceder a responder algunas preguntas para nosotros. Por favor, asegúrese de haber leído la hoja de información antes de completar este cuestionario**

**.**

Lea las instrucciones por favor,

conteste todas las preguntas que usted pueda.

Usted puede dejar preguntas en blanco si no desea responder

este cuestionario debe tomar alrededor de 15-20 minutos para completar

STREET MOBILITY & NETWORK ACCESSIBILITY PROJECT

RUT 

Le invitamos a participar en el proyecto de investigación “Efecto barrera” debido a la segregación y el aislamiento que se produce en nuestra sociedad. Además, con esto tendremos la evidencia necesaria para justificar futuras planificaciones de autopistas que no afecten la salud y la comunicación en nuestra sociedad.

**Objetivos:** Esta investigación tiene por objetivo describir el efecto barrera que produce la construcción de autopistas entre las comunas y su percepción en los residentes de aquellas zonas.

IMPORTANTE

Toda la información obtenida en esta investigación será conservada en forma de estricta confidencialidad.

Para cada sujeto se asignará una codificación numérica con el objetivo de resguardar la identidad de los participantes.

Los datos recolectados serán almacenados en un computador privado con clave de seguridad, al cual solo tendrán acceso los miembros que componen el grupo de investigación, cualquier publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será completamente anónima.

**Lea las instrucciones por favor.**

**Conteste todas las preguntas que usted pueda.**

**Usted puede dejar preguntas en blanco si no desea responder.**

**Este cuestionario debe tomar alrededor de 15-20 minutos para completar.**



**Sección A: Acerca de usted**

|  |  |
| --- | --- |
| 1) | **Usted es:** |
|  |  | Hombre |
|  |    | Mujer  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2) | **¿Que edad tiene?** |  |  |
|  |  | 18-24 |  | 55-64 |
|  |  | 25-34 |  | 65-74 |
|  |  | 35-44 |  | 75-84 |
|  |  | 45-54 |  | 85+ |

|  |  |
| --- | --- |
| 3) | **¿Vive con alguien más?** |
|  |  | Sí |
|  |    | No  |

|  |  |
| --- | --- |
| 4) | **Pensando acerca de dónde vive, su vivienda…** |
|  |  | Es suya |
|  |  | Paga un dividendo o un préstamo para la compra directa |
|  |    | Paga dividendo por una parte y por otra parte paga dividendo (propiedad compartida) |
|  |  | Arrienda de forma privada |
|  |  | Vive de arriendo gratuito (No paga arriendo) |
|  |  | Otro |

|  |  |
| --- | --- |
| 5) | **¿Hace cuánto tiempo vive usted en su vivienda?** |
|  | años (si es < 1 año: meses) |

|  |  |
| --- | --- |
| 6) | **¿Hace cuánto tiempo vive usted en esta área?** |
|  | años (si es < 1 año: meses*)* |

|  |  |
| --- | --- |
| 7) | **¿Cuántos autos hay en su vivienda?** |
|  |  | 0 |
|  |  | 1 |
|  |    | 2  |
|  |    | ≥3  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 8) | **¿Usted es?** |  |
|  |  | Un trabajador de jornada completa |
|  |  | Un trabajador con media o un cuarto de jornada |
|  |  | Desempleado |  *(Con ganas y tiempo para trabajar y en busca de trabajo)* |
|  |  | Retirado |  |
|  |    | Cuida de un niño/casa/persona |
|  |  | Estudiante |  |
|  |  | Otro |  |

9) ¿Cuál es su nivel de estudios más alto?

 Universitaria

Técnica



 Media Incompleta

 Media Completa

 Básica Completa

 Media Completa

 Media Completa

 Media Completa

 Básica Incompleta

 Media Completa

**Sección B: Vida Social, Bienestar, en su área**

|  |  |
| --- | --- |
| 10) | **Aproximadamente, ¿cuántas veces cuida o ayuda a familiares cercanos, amigos, vecinos u otros?** (sin contar a los que viven con usted)*Incluye niños, adultos y seniles* |
|  |  | 3 o más por semana |
|  |    | 1 vez por semana  |
|  |  | 1 - 2 veces al mes |
|  |  | Menos o Nunca  |

|  |  |
| --- | --- |
| 11) | **¿Qué proporción de personas que viven en su misma acera (misma vereda) conoce?** |
|  |  | Mayoría |
|  |    | Algunos  |
|  |  | No muchos |
|  |  | Ninguno |

|  |  |
| --- | --- |
| 12) | **¿Qué proporción de personas que viven en la acera del frente (vereda del frente) conoce?** |
|  |  | Mayoría |
|  |    | Algunos  |
|  |  | No muchos |
|  |  | Ninguno |

|  |  |
| --- | --- |
| 13) | **¿Cuántas casas o departamentos de su misma acera (misma vereda) conoce que viva gente?** |



|  |  |
| --- | --- |
| 14) | **¿Cuántas casas o departamentos de su acera del frente (vereda del frente) conoce que viva gente?** |



1. **En promedio, ¿cuántas veces hace las siguientes actividades con algunos de sus vecinos?**

*Elija una opción para cada fila*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ≥ 3 por semana | 1 – 2 por semana | 1 – 2 al mes | Menos o Nunca |
| a. Reunirse o Toparse en persona (programada o por casualidad) |  |  |  |  |
| b. Otro tipo de comunicación (ej. Hablar por teléfono, mensaje, correo, Skype)  |  |  |  |  |

1. **En promedio, ¿cuántas veces hace las siguientes actividades con algunos de sus familiares o amigos?**

*Elija una opción para cada fila*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | ≥ 3 por semana | 1 – 2 por semana | 1 – 2 al mes | Menos o Nunca |
| c. Reunirse o Toparse en persona (programada o por casualidad) |  |  |  |  |
| d. Otro tipo de comunicación (ej. Hablar por teléfono, mensaje, correo, Skype) |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 17) | **¿Cómo es su salud en general? Podría decir que es…** |
|  |  | Muy Buena |
|  |  | Buena |
|  |    | Regular |
|  |  | Mala |
|  |  | Muy mala |

|  |  |
| --- | --- |
| 19) | **¿Como se siente con su área local?, que hace referencia a 20 minutos de caminata o a 1.5 km de su casa***Mientras más cerca a los extremos, con mayor fuerza está de acuerdo con lo declarado* |
|  |  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |  |
| *Elija un recuadro en cada fila* |
| 1. En verdad se siente de este lugar
 |  |  |  |  |  |  |  | Siente que no pertenece a este lugar |
| 1. La Delincuencia y los grafitis (rayados) son problemas grandes en este lugar
 |  |  |  |  |  |  |  | No hay problemas grandes en este lugar relacionados al grafiti o delincuencia |
| 1. A menudo se siente solo viviendo en este lugar
 |  |  |  |  |  |  |  | Nunca se ha sentido solo, viviendo en este lugar |
| 1. La mayoría de las personas en esta área son de confiar
 |  |  |  |  |  |  |  | La mayoría de las personas en esta área NO son de confiar |
| 1. La gente tiene miedo de caminar sola cuando oscurece en esta área
 |  |  |  |  |  |  |  | La gente se siente segura de caminar sola cuando oscurece en esta área |
| 1. La mayoría de la gente de esta área son amistosas
 |  |  |  |  |  |  |  | La mayoría de la gente de esta área NO es amistosa |
| 1. La gente de este lugar siempre le quiere engañar
 |  |  |  |  |  |  |  | La gente de este lugar siempre es muy honesta. |
| 1. Esta área está siempre bien limpia
 |  |  |  |  |  |  |  | Esta área siempre está sucia y con basura  |
| 1. Si estuviera en problemas, hay mucha gente de esta área que le ayudaría
 |  |  |  |  |  |  |  | Si estuviera en problemas, nadie de esta área le ayudaría |

**Sección C: Viajes y Movilidad**

|  |  |
| --- | --- |
| 20) | **¿Sufre de alguna discapacidad u otro problema de salud persistente que le limite o que le sea difícil hacer alguna de las siguientes actividades?***Problema de salud persistente que le limite hace referencia a mayor de 12 meses o que le vaya afectar por ese periodo de tiempo.**Seleccione todas las que apliquen* |
|  |  | Salir a pie |
|  |  | Utilizar transporte público |
|  |    | Subir o Bajarse de un auto  |
|  |    | Ninguna dificultad con alguna de estas  |

|  |  |
| --- | --- |
| 21) | **¿Presenta alguna discapacidad u otro problema de salud persistente que limite sus actividades de otra manera?** |
|  |  | Sí |
|  |    | No  |

|  |  |
| --- | --- |
| 22) | **De acuerdo a su área local, que hace referencia a 20 minutos de caminata o a 1.5 km de su casa****¿Con qué frecuencia, si alguna vez, ¿los siguientes factores afectan su habilidad para caminar a distintos lugares en su área local?** **Seleccione una casilla en cada fila**  |
|  |  | **Nunca** | **Ocasional** | **A menudo** | **Siempre** |
| a. Velocidad del transito |  |  |  |  |
| b. Cantidad de trafico |  |  |  |  |
| c. Pocos pasos de cebra |  |  |  |  |
| d. Pasos peatonales no cuentan con el tiempo suficiente para cruzar |  |  |  |  |
| e. Pobre iluminación, en veredas o caminos |  |  |  |  |
| f. Ruido o Contaminación |  |  |  |  |
| g. Miedo al crimen |  |  |  |  |
| h. Requiere demasiado esfuerzo físico (por ejemplo, cuestas) |  |  |  |  |
| i. Otras barreras\**Por favor describa* |  |  |  |  |
| *\*Incluya barreras para cruzar las calles (ejemplo. Barrera de contención, vayas), u otras barreras (ejemplo líneas de tren and vías navegables)* |

1. **Usualmente, ¿cómo viaja a los siguientes lugares?**

*Puede seleccionar más de una opción en cada fila*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Caminar o en bicicleta** | **Transporte Público** | **Auto** | **No voy a esos lugares** |
| **EJEMPLOS**Una tienda de abarrotes | **** |  |  |  |
| Supermercado |  | **** | **** |  |
|  |  |  |  |  |
| 1. Un local de barrio
 |  |  |  |  |
| 1. Un Supermercado
 |  |  |  |  |
| 1. Un Parque
 |  |  |  |  |
| 1. Un colegio local o una guardería
 |  |  |  |  |
| 1. Un centro comunitario o un centro recreativo
 |  |  |  |  |
| 1. Un centro de atención primaria o centro médico
 |  |  |  |  |
| 1. Una farmacia
 |  |  |  |  |
| 1. Un pub, restaurant o café
 |  |  |  |  |
| 1. Estación de Metro o Tren
 |  |  |  |  |

1. **¿Cuál de las siguientes instalaciones están a una distancia caminable de su hogar?**

Independientemente si va o no

 *Seleccione todas las que apliquen*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Yes | No |
| 1. Un local de barrio
 |  |  |
| 1. Un Supermercado
 |  |  |
| 1. Un Parque
 |  |  |
| 1. Un colegio local o una guardería
 |  |  |
| 1. Un centro comunitario o un centro recreativo
 |  |  |
| 1. Un centro de atención primaria o centro médico
 |  |  |
| 1. Una farmacia
 |  |  |
| 1. Un pub, restaurant o café
2. Estación de Metro o Tren
 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 25) | **¿Cuál es el nombre de su calle?** *Escriba en el recuadro* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 26) | **¿Existen algunos de estos problemas en su calle? Seleccione todas las que apliquen** |  |
|  |  | a. Velocidad del transito |  |
|  |  | b. Cantidad de trafico |  |
|  |  | c. Pocos pasos de cebra |  |
|  |  | d. Pasos peatonales no tienen el tiempo suficiente para cruzar |  |
|  |  | e. Pobre iluminación, veredas o caminos |  |
|  |  | f. Ruido o Contaminación |  |
|  |  | g. Miedo al crimen |  |
|  |  | Otro*h. Por favor especificar:* |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 1. En mi calle no hay problemas ** Avanza hasta la P28**
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 27) | **Si hay algo en su calle el cual es un problema, ¿le molesta?** |
|  |  | Mucho |
|  |  | Algo |
|  |  | Poco |
|  |    | Nada  |

|  |  |
| --- | --- |
| 28) | **¿Cómo es la cantidad de tráfico en su calle?** *La calle de la P25* |
|  |  | Ligero |
|  |  | Promedio |
|  |  | Pesado |

|  |  |
| --- | --- |
| 29) | **¿Cómo considera la velocidad vehicular en su calle?** |
|  |  | Lento |
|  |  | Promedio |
|  |  | Rápido |

|  |  |
| --- | --- |
| 30) | **¿Cuánto en promedio suele esperar para cruzar su calle?** |
|  |  | Nada o pocos segundos |
|  |  | Medio minuto |
|  |    | 1 o 2 minutos  |
|  |    | 3 minutos o más  |

|  |  |
| --- | --- |
| 31) | **¿Cuál es el nombre de la calle más congestionada cerca suyo? Escriba en el recuadro** |

|  |  |
| --- | --- |
| 32) | **¿Es la calle de la pregunta 31, la misma en la cual vive?** |
|  |  | No |
|  |  | Sí  **Avanza a la P38** |

|  |  |
| --- | --- |
| 33) | **¿Evita usted caminar o cruzar en la calle congestionada?** *(la calle de la P31)* |
|  |  | Sí |
|  |  | Si, cuando puedo |
|  |  | No  **Avanza a la P35** |

|  |  |
| --- | --- |
| 34) | **Si usted evita transitar por la calle congestionada, por favor indíquenos el por qué…***Seleccione todas las que apliquen* |
|  |  | a. Velocidad del transito |
|  |  | b. Cantidad de trafico |
|  |    | c. Pocos pasos de cebra |
|  |  | d. Pasos peatonales no tienen el tiempo suficiente para cruzar |
|  |    | e. Pobre iluminación, veredas o caminos |
|  |  | f. Ruido o Contaminación |
|  |    | g. Prefiero una ruta alternativa |
|  |  | h. Otra*Por favor especificar:* |

|  |  |
| --- | --- |
| 35) | **¿Cómo calificaría la cantidad de tráfico en la calle congestionada?**  |
|  |  | Leve |
|  |  | Promedio |
|  |  | Pesado |

|  |  |
| --- | --- |
| 36) | **¿Cómo calificaría la velocidad del tráfico en la calle congestionada?** |
|  |  | Lento |
|  |  | Promedio |
|  |  | Rápido |

|  |  |
| --- | --- |
| 37) | **¿Cuánto tiempo debe esperar normalmente para cruzar la calle congestionada?**  |
|  |  | Nada o muy pocos segundos |
|  |  | Medio minute |
|  |    | 1 o 2 minutos  |
|  |  | ≥ 3 minutos |
|  |  | Nunca cruzo |

**Sección D: Sus puntos de vista**

38. ¿Hay algo más que quiera decirnos sobre el desplazamiento en su área local?

*Escriba aquí*

39. ¿Le gustaría ver mayores mejoras que harían más fácil su desplazamiento alrededor de su área?

*Escriba aquí*

|  |
| --- |
| **¿Quiere recibir una copia de nuestros resultados?** |
|  | Sí |
|  | No |

|  |
| --- |
| **Detalles del contacto (Si quiere recibir una copia de los resultados):***Esta hoja estará aparte de su cuestionario* |
|  |
| **Nombre:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Dirección:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Código Postal:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Teléfono:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Email:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Muchas Gracias por participar de nuestro cuestionario**

**Sus respuestas nos ayudarán a identificar las barreras de movilidad en su área y así evaluar si estos impactan en la vida social y en el bienestar de las personas.**