****

# Instrucciones

¡Muchas gracias por su tiempo! Por favor lea las siguientes instrucciones antes de responder:

* Conteste las preguntas según su experiencia personal en el contexto de la pandemia COVID-19

# Datos Demográficos

1. Posición laboral. Indique el tipo de posición que ocupa actualmente en la organización

( ) Operativa

( ) Técnica o administrativa

( ) Supervisión

( ) Gerencia

( ) Directiva

( ) Prefiero no responder

( ) Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Tipo de contrato Laboral.

( ) Tiempo completo

( ) Tiempo parcial

( ) Pasante

( ) Contrato temporal

( ) Prefiero no responder

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Modalidad de trabajo. Indique la modalidad de trabajo que ejerce la mayoría del tiempo actualmente

( ) 100% en la ubicación del empleador

( ) 100% ubicación remota

( ) Mixta

( ) Otro (especifique)

( ) Prefiero no responder

1. Antigüedad. Indique desde hace cuánto trabaja para su empleador actual

( ) 0-11 meses

( ) 1-5 años

( ) 6-10 años

( ) más 10 años

( ) Prefiero no responder

1. Ubicación

( ) País

( ) Región

( ) Provincia

( ) Prefiero no responder

1. Género

( ) Femenino

( ) Masculino

( ) Otro

( ) Prefiero no responder

1. Edad. Indique el rango de su edad actual

( ) Menor de 18 años

( ) 18-35 años

( ) 36-49 años

( ) 50-64 años

( ) Más de 65 años

( ) Prefiero no responder

1. Tiene personal a cargo

( ) Sí

( ) No

( ) Prefiero no responder

## Impacto de las responsabilidades en el individuo

1. En el contexto actual de la pandemia COVID-19, evalúe los siguientes aspectos marcando con una x la opción que mejor describe su situación

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ha mejorado considerablemente | Ha mejorado ligeramente | Se ha mantenido igual que antes de la actual pandemia | | Ha disminuido ligeramente | | Ha disminuido considerablemente | | No aplica | Prefiero no responder |
| Su capacidad para atender sus responsabilidades laborales individuales |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| La calidad de la interacción con su grupo de convivencia en el trabajo |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| La calidad de la interacción con su grupo de convivencia en el círculo familiar |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| Su capacidad de manejar emociones para responder al entorno (equilibrio emocional) |  |  | |  | |  | |  |  |  |
| Su capacidad para atender sus responsabilidades como jefatura de otros trabajadores |  |  | |  | |  | |  |  |  |

Mencione las razones que han generado los cambios que indica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. De qué forma considera que la pandemia COVID-19 ha impactado su desempeño laboral:

( ) La pandemia ha impactado mi desempeño de manera positiva

( ) La pandemia NO ha impactado mi desempeño de ninguna forma

( ) La pandemia ha impactado mi desempeño de manera negativa

( ) Prefiero no responder

* 1. En el contexto actual de la pandemia COVID-19, cuál es el nivel de satisfacción con su trabajo:

( ) Totalmente satisfecho

( ) Moderadamente satisfecho

( ) Neutral

( ) Moderadamente insatisfecho

( ) Totalmente insatisfecho

( ) Prefiero no responder

* 1. En el contexto actual de la pandemia COVID-19, indique cuáles han sido los factores que han limitado más su capacidad para responder a sus responsabilidades laborales. Marque todas las que apliquen:

( ) El espacio de trabajo remoto no es el adecuado

( ) El mobiliario en el espacio de trabajo no es el adecuado

( ) No contar con el equipo de trabajo necesario

( ) Dificultad para concentrarse

( ) Conectividad deficiente o insuficiente

( ) Condiciones de ambiente no aptas (temperatura, ruido)

( ) Distracciones frecuentes

( ) Prefiero no responder

( ) Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Trabajos de cuidado

* 1. En el contexto de la pandemia COVID-19, ¿con cuáles de las siguientes actividades combina sus obligaciones laborales porque no pueden esperar a ejecutarse en tiempo no laboral? Marque todas las opciones que apliquen.

( ) Actividades relacionadas con la atención de sus necesidades personales (preparar sus alimentos, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar)

( ) Actividades de cuido indirecto de otros (cocinar, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar, reparaciones en el hogar, pago de servicios)

( ) Actividades de cuidado directo de otros (alimentar, asear, atender a niños o personas que no pueden valerse por sí mismas o que están en condición de discapacidad o salud limitantes, asistencia en actividades relacionadas con la educación de convivientes, transporte de convivientes, atención de otras personas en el hogar)

( ) Ninguna de las anteriores

( ) Otras (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Prefiero no responder

* 1. En qué grado ha cambiado la pandemia COVID-19 los siguientes aspectos de su vida. Marque con una x la opción que mejor describe su situación

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Considera-blemente | Moderada-mente | Levemente | No ha cambiado | No Aplica | Prefiero no responder |
| La forma en que usted atiende sus necesidades personales de cuidado (preparar sus alimentos, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar) |  |  |  |  |  |  |
| La forma en que usted atiende las necesidades de cuidado indirecto de otros (cocinar, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar, reparaciones en el hogar, pago de servicios) |  |  |  |  |  |  |
| La forma en que usted atiende las necesidades de cuidado directo de dependientes (alimentar, asear, atender a niños o personas que no pueden valerse por sí mismas o que están en condición de discapacidad o salud limitantes, asistencia en actividades relacionadas con la educación de convivientes, transporte de convivientes, atención de otras personas en el hogar) |  |  |  |  |  |  |
| El tiempo invertido en responsabilidades de cuidado |  |  |  |  |  |  |

Indique de forma general a qué se deben los cambios (opcional)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Grupo de convivencia. Indique con cuántas personas convive actualmente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Indique la cantidad de personas a las que usted debe cuidar directa o indirectamente en la actualidad clasificadas según su edad y su situación de convivencia.

**Cuidado indirecto:** cocinar, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar, , reparaciones en el hogar, y pago de servicios.

**Cuidado directo:** alimentar, asear, atender a niños o personas que no pueden valerse por sí mismas o que están en condición de discapacidad o salud limitantes, asistencia en actividades relacionadas con la educación de convivientes, transporte de convivientes y atención de otras personas en el hogar.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Grupo/Número de personas | Número de personas en este grupo que conviven con usted | Número de personas en este grupo que no conviven con usted |
| Personas menores de 5 años |  |  |
| Personas entre 6 y 12 años |  |  |
| Personas entre 13 y 18 años |  |  |
| Personas entre 19 y 64 años |  |  |
| Personas mayores de 65 años |  |  |
| Personas con discapacidad o condición de salud limitante. |  |  |

* 1. En el contexto actual de la pandemia COVID-19, indique los factores que han limitado su capacidad para conciliar mejor sus responsabilidades laborales y extra-laborales. Marque todas las que apliquen:

( ) Cierre de centros educativos

( ) Cierre de centros de cuido

( ) Decisión de que la familia se mantenga en casa por previsión

( ) Limitaciones para contratar ayuda doméstica

( ) Limitaciones para acceder a centros de cuido

( ) Necesidad de atender nuevas responsabilidades derivadas de la pandemia

( ) Prefiero no responder

( ) Otros (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Tiempo invertido en responsabilidades

* 1. ¿Cuánto tiempo más dedica en un día laboral a las actividades de cuidado directo de otras personas? Por ejemplo, alimentar, asear, atender a niños o personas que no pueden valerse por sí mismas o que están en condición de discapacidad o salud limitantes, asistencia en actividades relacionadas con la educación de convivientes, transporte de convivientes y atención general de otras personas en el hogar.

( ) Dedico el mismo tiempo que antes de la pandemia

( ) De 1 a 2 horas más al día que antes de la pandemia

( ) De 2 a 4 más horas al día que antes de la pandemia

( ) Más de 4 horas más al día que antes de la pandemia

( ) Prefiero no responder

( ) Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. ¿Cuánto tiempo más dedica en un día laboral a las actividades de cuidado indirecto personal o de otras personas? Por ejemplo, cocinar, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar, reparaciones en el hogar y pago de servicios.

( ) Dedico el mismo tiempo que antes de la pandemia

( ) De 1 a 2 horas más al día que antes de la pandemia

( ) De 2 a 4 más horas al día que antes de la pandemia

( ) Más de 4 horas más al día que antes de la pandemia

( ) Prefiero no responder

( ) Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Acceso a recursos de apoyo de la organización empleadora

* 1. ¿Conoce usted las políticas y los beneficios que ofrece su organización para apoyar a las personas trabajadoras para conciliar sus responsabilidades en el contexto de la pandemia COVID-19?

( ) Sí, las conozco bien

( ) Las conozco, pero no en detalle

( ) No las conozco

( ) Prefiero no responder

* 1. Indique su nivel de satisfacción con los siguientes aspectos sobre las políticas y los beneficios ofrecidos por su empleador para apoyar la conciliación de responsabilidades durante la pandemia COVID-19:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente satisfecho(a) | Algo satisfecho(a) | Neutral | Poco satisfecho(a) | Insatisfecho(a) | No tengo información para responder | Prefiero no responder |
| Las áreas de apoyo en las que se enfocan las políticas de apoyo |  |  |  |  |  |  |  |
| La facilidad con la que se accede a las políticas de apoyo |  |  |  |  |  |  |  |
| Frecuencia de la comunicación de las políticas y beneficios de apoyo |  |  |  |  |  |  |  |
| Claridad de la información en las comunicaciones sobre políticas y beneficios |  |  |  |  |  |  |  |

Agregue comentarios que complementen sus respuestas

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* 1. Durante la pandemia de COVID-19 cuáles de los siguientes recursos ha utilizado usted para conciliar mejor sus responsabilidades. Marque todas las opciones que apliquen:

( ) Flexibilización de la jornada laboral

( ) Segmentar la jornada laboral para intercalar con actividades de cuidado

( ) Semana de trabajo comprimida

( ) Cambio de turno

( ) Reasignación de tareas en el equipo de trabajo

( ) Permisos pagados para atender personas dependientes, con discapacidad o condición de salud limitante

( ) Permiso de largo plazo con protección laboral

( ) Recesos pagados por lactancia

( ) Tiempo parcial o reducción de jornada

( ) Trabajo a distancia (teletrabajo)

( ) Trabajo temporal a distancia para brindar cuidados

( ) Cambio de responsabilidades laborales

( ) Vacaciones

( ) Programa de asistencia a la persona trabajadora (Psicología, asesoría financiera, asesoría legal)

( ) Subsidios o préstamos de empresa

( ) Centros de cuido

( ) Equipo adicional de cómputo

( ) Recursos ergonómicos

( ) Otra (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Ninguna de las anteriores

( ) Prefiero no responder

* 1. En el contexto de la pandemia COVID-19, califique el apoyo que ha recibido de su supervisor(a) para encontrar soluciones de conciliación entre sus responsabilidades laborales y personales

( ) Suficiente

( ) Escaso

( ) Ninguno

( ) Prefiero no responder

* 1. En caso de no haber recibido apoyo de su supervisor(a) para encontrar soluciones de conciliación entre sus responsabilidades laborales y personales, ¿cuáles son las razones? Marque todas las opciones que apliquen

( ) No lo he necesitado

( ) No me ha ofrecido ayuda

( ) No he pedido el apoyo de mi supervisor(a)

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Ninguna de las anteriores

( ) Prefiero no responder

* 1. Indique las personas de las que ha recibido apoyo para conciliar mejor sus responsabilidades laborales y personales en el transcurso de la pandemia y su nivel de satisfacción con el apoyo recibido

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Totalmente satisfecho(a) | Algo satisfecho(a) | Neutral | Poco satisfecho(a) | Insatisfecho(a) | No aplica | Prefiero no responder |
| De su empleador en general |  |  |  |  |  |  |  |
| De su supervisor(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Otros superiores |  |  |  |  |  |  |  |
| Otras personas en el trabajo |  |  |  |  |  |  |  |
| Otro(s) fuera del trabajo |  |  |  |  |  |  |  |

## Acceso a recursos de apoyo extralaborales

* 1. Marque todas las opciones que describen a las personas que durante la pandemia de COVID-19 complementan el trabajo que usted realiza para atender el cuidado directo de sus dependientes (alimentar, asear, atender a niños o personas que no pueden valerse por sí mismas o que están en condición de discapacidad o salud limitantes, asistencia en actividades relacionadas con la educación de convivientes, transporte de convivientes y atención general de otras personas en el hogar). Marque todas las opciones que apliquen.

( ) Pareja

( ) Familiares u otros

( ) Ayuda doméstica contratada

( ) Asistencia de pacientes contratada

( ) Instituciones educativas o de cuido

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) No recibo apoyo

( ) Prefiero no responder

( ) Comentario

* 1. Marque todas las opciones que describen las personas u organizaciones que durante la pandemia de COVID-19 complementan el trabajo que usted realiza para atender el cuidado indirecto de sus dependientes (cocinar, limpieza de espacios, compras regulares para el hogar, reparaciones en el hogar y pago de servicios)

( ) Pareja

( ) Familiares u otros

( ) Ayuda doméstica contratada

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) No recibo apoyo

( ) Prefiero no responder

* 1. Indique su nivel de satisfacción con el balance en la distribución de tareas y responsabilidades de cuidado directo e indirecto que comparte con las siguientes personas o instituciones. Marque todas las opciones que apliquen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Muy satisfecho | Satisfecho | Neutral | Insatisfecho | Muy insatisfecho | No aplica |
| Pareja |  |  |  |  |  |  |
| Familiares u otros |  |  |  |  |  |  |
| Ayuda doméstica contratada |  |  |  |  |  |  |
| Asistencia de pacientes contratada |  |  |  |  |  |  |
| Instituciones educativas o de cuido |  |  |  |  |  |  |
| Otro (especifique) |  |  |  |  |  |  |

* 1. Marque todas las opciones que describen las personas u organizaciones que le han brindado apoyo durante la pandemia de COVID-19 para mejorar su capacidad de manejar emociones y responder al entorno:

( ) Pareja

( ) Familiares u otros

( ) Centros o grupos de apoyo

( ) Instituciones educativas o de cuido

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) No recibido apoyo

( ) Prefiero no responder

* 1. Indique cuáles recursos ha utilizado para apoyar su bienestar durante la pandemia de COVID-19. Marque todos los que apliquen:

( ) Hacer recesos durante el día

( ) Hacer ejercicio o practicar algún deporte

( ) Dedicar tiempo para hacer algo que le gusta

( ) Hablar con una persona de confianza

( ) Recibir terapia o coaching profesional

( ) Dormir más horas

( ) Otro (especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) Ninguna de las anteriores

( ) Prefiero no responder

