

ICPSR 39038

**Hispanic Established Populations  
for the Epidemiologic Study of the  
Elderly (HEPESE) Wave 9, 2016  
[Arizona, California, Colorado, New  
Mexico, and Texas]**

Informant Questionnaire, Wave 9 (Spanish)

Inter-university Consortium for  
Political and Social Research  
P.O. Box 1248  
Ann Arbor, Michigan 48106  
[www.icpsr.umich.edu](http://www.icpsr.umich.edu)

**Hispanic Established Populations for the Epidemiologic Study of the Elderly (HEPESE) Wave 9, 2016 [Arizona, California, Colorado, New Mexico, and Texas]**

Kyriakos S. Markides

*The University of Texas Medical Branch at Galveston, Texas*

Soham Al Snih

*The University of Texas Medical Branch at Galveston, Texas*

Phillip A. Cantu

*The University of Texas Medical Branch at Galveston, Texas*

Jacqueline L. Angel

*University of Texas-Austin*

Raymond F. Palmer

*The University of Texas Health Science Center at San Antonio*

Ioannis Malagaris

*The University of Texas Medical Branch at Galveston, Texas*

# Terms of Use

The terms of use for this study can be found at:  
<http://www.icpsr.umich.edu/web/ICPSR/studies/39038/terms>

## Information about Copyrighted Content

Some instruments administered for studies archived with ICPSR may contain in whole or substantially in part contents from copyrighted instruments. Reproductions of the instruments are provided as documentation for the analysis of the data associated with this collection. Restrictions on "fair use" apply to all copyrighted content. More information about the reproduction of copyrighted works by educators and librarians is available from the United States Copyright Office.

### NOTICE

#### WARNING CONCERNING COPYRIGHT RESTRICTIONS

The copyright law of the United States (Title 17, United States Code) governs the making of photocopies or other reproductions of copyrighted material. Under certain conditions specified in the law, libraries and archives are authorized to furnish a photocopy or other reproduction. One of these specified conditions is that the photocopy or reproduction is not to be "used for any purpose other than private study, scholarship, or research." If a user makes a request for, or later uses, a photocopy or reproduction for purposes in excess of "fair use," that user may be liable for copyright infringement.

**NIELSEN**  
**1920 Associate Drive**  
**Suite 101 Reston, VA 20191**

**INFORMANT**  
**SPANISH**

ID#: / / / / / / / i /

**Study No. 36756**  
**Date: January 2016**

SP# / / / / / / / / / i /

**Mexican-American Elderly—Phase IX – Informant SPANISH**

**Time Started:** \_\_\_\_\_ A.M./P.M.

Interviewer \_\_\_\_\_ Date of Interview: \_\_\_\_\_

Area Code: \_\_\_\_\_ Interviewer Telephone No.: \_\_\_\_\_

Subject Name: \_\_\_\_\_

Buenos días/Buenas tardes, me llamo \_\_\_\_\_ y soy un(a) empleado(a) de Nielsen (anteriormente Harris Interactive más conocida por The Harris Poll ), la firma de investigación de encuesta internacional en Nueva York. Su padre/madre/pariente le ha identificado como la persona principal a quien va él/ella para consejo o ayuda con cosas que ya no puede hacer por sí mismo/a. Como usted sabe, estamos administrando este estudio para la Universidad de Texas en Galveston. Quisiéramos empezar con algunas preguntas generales acerca de usted y después hacerle unas preguntas acerca de su padre/madre/pariente.

S3. Para empezar, permítame asegurar que tenga su nombre escrito correctamente.

Nombre : \_\_\_\_\_  
                                     FIRST                                      MIDDLE                                      LAST (both)

S4. Informant's birth date: / / - / / - / / / / /  
   MONTH    DAY    YEAR                                      YEARS of AGE

S5. Relationship of Informant to SUBJECT: \_\_\_\_\_

Use relationship codes from list / / /

**CODES FOR RELATIONSHIPS:**

01 = Informante es el/la jefe(a) de la casa (for B2 only)  
 02 = Esposo(a)  
 03 = Hijo(a) - incluya entendedor(a)/hijastro(a)  
 04 = Yerno/Nuera  
 05 = Nieto(a)  
 06 = Padre(s)  
 07 = Hermano(a)  
 08 = Sobrino(a)  
 09 = Primo(a)  
 10 = Tío(a)  
 11 = Bisnieto(a)

12 = Otro pariente/familiar (SPECIFY): \_\_\_\_\_  
 13 = Amigo(a)  
 14 = Inquilino(a)  
 15 = Empleado(a)  
 16 = Otra persona que no es familia (SPECIFY): \_\_\_\_\_  
 17 = Cuñado(a)  
 98 = No sé  
 99 = Se negó

FROM OBSERVATION: Informant Gender

Male .....-1  
Female.....-2

## QUESTIONS ABOUT INFORMANT

### B. ARREGLOS DE VIVIENDA

BASE: ALL INFORMANTS

B1. ¿Cuántas personas viven aquí en esta casa?

/ / /

No sé .....-888  
Se negó .....-999

BASE: ALL INFORMANTS

B2. ¿Cómo se llama el(la) jefe(a) de esta casa y que tipo de parentesco tiene con usted?

¿ Nombre y Parentesco?: \_\_\_\_\_

Relationship code: / / / (USE RELATIONSHIP CODES FROM PAGE 1)

BASE: ALL INFORMANTS

B3N. Vive usted en la misma casa que (NAME OF RESPONDENT)?

Si .....-1  
No .....-2  
No se.....-8  
Se nego.....-9

<b>SKIP TO B5N IF INFORMANT LIVES IN THE SAME HOUSE OF THE RESPONDENT (B3N = 1)</b>
---

BASE: INFORMANTS WHO DO NOT LIVE WITH RESPONDENT (B3N = 2)

B4N. Cuantas personas viven en la misma casa en la que vive usted?

/ / /

No se.....-888  
Se negó.....-999

BASE: ALL INFORMANTS

B5N. Cuantos hijos (menores de 18 años) viven en la misma casa donde usted vive?

/ / /

No se.....-888  
Se negó.....-999

## QUESTIONS ABOUT SUBJECT [RESPONDENT]

La sección siguiente tiene preguntas sobre su pariente (NAME OF RESPONDENT). Esperamos que usted pueda responder a las preguntas hasta donde usted sepa.

(IF THE INFORMANT IS A CHILD OF THE SUBJECT, ASK ABOUT BROTHERS AND SISTERS IN D1A. IF THE INFORMANT IS ANOTHER RELATIVE/FRIEND/CAREGIVER, ASK D1B.)

BASE: INFORMANT IS CHILD OF SUBJECT

D1a. ¿Cuántos hermanos vivos tiene usted?

/ \_\_\_ / \_\_\_ / # hermanos

/ \_\_\_ / \_\_\_ / # hermanas

No sé.....-888

Se negó.....-999

BASE: INFORMANT IS ANOTHER RELATIVE/FRIEND/CAREGIVER OF SUBJECT

D1b. Ahora quisiera saber ¿cuántos hijos(as) vivos tiene (NOMBRE)?

/ \_\_\_ / \_\_\_ / Number of living children

None.....-666

No sé.....-888

Se negó.....-999

**BASE: ALL INFORMANTS**

D1c. Ahora quisiéramos preguntarle algunas cosas acerca de usted. Cuál es su educación, ocupación, estado civil, lugar de nacimiento y la proximidad que usted vive con (NAME OF RESPONDENT).

**Años de Educación:** \_\_\_\_\_

**Ocupación** (¿Qué tipo de trabajo hace usted?) \_\_\_\_\_

<b>Estado Civil:</b>	Casado/a.....	-1
	Separado/a.....	-2
	Divorciado/a .....	-3
	Viudo/a .....	-4
	Nunca Casado .....	-5
	No sé .....	-8
	Se negó .....	-9

<b>Proximidad:</b>	With your parent/relative.....	-1
	Within 2 blocks.....	-2
	3 to 8 blocks.....	-3
	8 to blocks to a mile.....	-4
	In another city.....	-5
	In another state.....	-6
	In Mexico.....	-7
	Same city more than a mile.....	-8
	Other specify.....	-9

**Lugar de nacimiento: En qué país nació usted?**

Estados Unidos.....	-1
México.....	-2
Otro especifique .....	-3
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**RR. CAREGIVING ROLES**

**PERSONAL CARE (Activities of Daily Living – ADLs)** (ASK ABOUT SUBJECTS LIVING AT HOME OR IN THE COMMUNITY, **EXCLUDE** SUBJECTS PRESENTLY RESIDING IN NURSING HOME OR ASSISTED LIVING FACILITY.)

**BASE: ALL INFORMANTS**

RR1. Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la ayuda que necesita su (SUBJECT) para hacer ciertas cosas.

Actualmente, ¿necesita ayuda de alguna persona o de algún equipo especial o aparato para poder hacer (READ EACH ITEM)? (RECORD ANY HELP AS "HELP").

						Si necesita ayuda: Es esta ayuda de una persona, un equipo especial, o ambas?				
	Necesita ayuda	No necesita ayuda	No lo puede hacer	No sabe	Se negó	Persona	Equipo especial	Ambas	No sabe	Se negó
a. Caminando por un cuarto pequeño	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
b. Bañándose (ya se baño de esponja, de tina, o de regadera)	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
c. Haciendo el arreglo personal tal como cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, o lavarse la cara	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
d. Vistiéndose (como ponerse una camisa, abotonarse, o poniéndose los zapatos)	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
e. Comiendo (como agarrando un tenedor, cortar comida, o beber de un vaso)	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
f. Levantándose de la cama a la silla	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9
g. Usando el baño (inodoro)	1	2	3	8	9	1	2	3	8	9



BASE: ALL INFORMANTS

RR2. [READ] Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de quién es responsable (NAME OF RESPONDENT) del cuidado personal, de los quehaceres de la casa, y de los asuntos financieros.

**READ EACH ITEM (SELECT ALL THAT APPLY) USE SHOW CARD #1**

	<b>Care Task</b>			
	<b>RR2a:</b> Cuidado personal (por ejemplo, bañarse, vestirse, usar el baño- inodoro, etc.)	<b>RR2b:</b> No puede hacer los quehaceres de la casa. (por ejemplo, preparar comida, transportarse, tomar las medicinas, etc.)	<b>RR2c:</b> Asuntos financieros (por ejemplo, escribir cheques, manejar las inversiones, pagar cuentas, preparar los impuestos, pago de residencia de ancianos-nursing home, etc)	<b>RR2d:</b> Cuidado médico (por ejemplo, inyecciones de insulina, cambio de cateteres, cambio de vendajes, etc.)
Quién es responsable de (SUBJECT) con cada uno de los cuidados	1.Su			
You [INFORMANT]	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó
<b>If “yes” informant helps, ask:</b> En el pasado mes con qué frecuencia usted ayudó [NAME OF RESPONDENT] con cada uno de los cuidados?	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó
<b>If “yes” informant helps, ask:</b> Aproximadamente cuantas horas por semana usualmente provee ayuda con cada uno de los cuidados ?	Rango (1-168 horas) / / / / # de horas Menos de una hora....777 No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) / / / / # de horas Menos de una hora....777 No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) / / / / # de horas Menos de una hora....777 No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) / / / / # de horas Menos de una hora....777 No sabe.....888 Se negó.....999
<b>If “yes” other person helps, ask:</b> Usted menciona que otra persona ayuda a (SUBJECT) con cada uno de los cuidados? Cuál es la relación que él/ella tiene con usted (INFORMANT)?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó  If “yes”, Relationship of OTHER PERSON ONE to INFORMANT:  Use relationship codes from list / / / /	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó  If “yes”, Relationship of OTHER PERSON ONE to INFORMANT:  Use relationship codes from list / / / /	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó  If “yes”, Relationship of OTHER PERSON ONE to INFORMANT:  Use relationship codes from list / / / /	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó  If “yes”, Relationship of OTHER PERSON ONE to INFORMANT:  Use relationship codes from list / / / /

<b>If “yes” other person helps, ask:</b> En el pasado mes con qué frecuencia él/ella ayudó [NAME OF RESPONDENT] con cada uno de los cuidados?	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó
<b>If “yes” other person helps, ask:</b> Aproximadamente cuantas horas por semana usualmente él/ella provee ayuda con cada uno de los cuidados ?	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999
<b>If “yes” other person helps, ask:</b> Usted menciona que otra persona ayuda a (SUBJECT) con cada uno de los cuidados? Cuál es la relación que él/ella tiene con usted (INFORMANT)?	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó	1. Si 2. No 8. No sabe 9. Se negó
	<b>If “yes”,</b> Relationship of OTHER PERSON TWO to INFORMANT:  Use relationship codes from list _____ _____ _____	<b>If “yes”,</b> Relationship of OTHER PERSON TWO to INFORMANT:  Use relationship codes from list _____ _____ _____	<b>If “yes”,</b> Relationship of OTHER PERSON TWO to INFORMANT:  Use relationship codes from list _____ _____ _____	<b>If “yes”,</b> Relationship of OTHER PERSON TWO to INFORMANT:  Use relationship codes from list _____ _____ _____
<b>If “yes” other person helps, ask:</b> En el pasado mes con qué frecuencia él/ella ayudó [NAME OF RESPONDENT] con cada uno de los cuidados?	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó	1. Todos los días 2. Mayoría de los días 3. Algunos días 4. Raramente 5. Nunca 8. No sabe 9. Se negó
<b>If “yes” other person helps, ask:</b> Aproximadamente cuantas horas por semana usualmente él/ella provee ayuda con cada uno de los cuidados?	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999	Rango (1-168 horas) _____ # de horas  Menos de una hora....777  No sabe.....888 Se negó.....999

**CODES FOR RELATIONSHIPS:**

- 01 = Head of Household (for B2 only)
- 02 = Spouse
- 03 = Son/Daughter (including Stepchildren)
- 04 = Son-In-Law/Daughter-In-Law
- 05 = Grandchild
- 06 = Parent
- 07 = Brother or Sister
- 08 = Nephew or Niece
- 09 = Cousin

- 12 = Other Relative (SPECIFY):

- 13 = \_\_\_\_\_ Friend
- 14 = \_\_\_\_\_ Boarder or Roomer
- 15 = \_\_\_\_\_ Paid Employee
- 16 = \_\_\_\_\_ All Others (SPECIFY):
- 17 = \_\_\_\_\_ Sister/Brother In-Law

10 = Aunt/Uncle  
11 = Great Grandchild

98 = Don't Know  
99 = Refused

**HOUSEHOLD CARE/TASKS (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

RR4. Ahora quisiera preguntarle acerca de algunas de las actividades diarias, cosas de las que todos necesitamos hacer como parte de nuestra vida diaria. Quiero saber si (SUBJECT) puede hacer estas actividades solo(a) sin la ayuda de otra persona(s). (READ LIST)

<b>¿ Él/Ella puede (SUBJECT):</b>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se negó</u>
a. Usar el teléfono sin ayuda (incluso mirar los números y marcar)? .....	-1	-2	-8	-9
b. Manejar su propio carro o viajar solo/a en autobuses o en taxis? .....	-1	-2	-8	-9
c. Ir de compras para comestibles (comida) o ropa sin ayuda (para encargarse de todo lo que necesita comprar, suponiendo que él/ella tiene transporte)? .....	-1	-2	-8	-9
d. Preparar su propia comida sin ayuda (planear/cocinar sus comidas por sí mismo/a) .....	-1	-2	-8	-9
e. Hacer los quehaceres de la casa sin ninguna ayuda (lavar los platos y tender la cama) .....	-1	-2	-8	-9
f. Tomar su medicina sin ninguna ayuda (en las dosis correctas y a tiempo) .....	-1	-2	-8	-9
g. Manejar su propio dinero sin ninguna ayuda (escribir cheques, pagar cuentas) .....	-1	-2	-8	-9
h. Hacer trabajo pesado en casa como lavar ventanas, paredes, y pisos sin ninguna ayuda .....	-1	-2	-8	-9

**MOBILITY**

i. Subir y bajar las escaleras al segundo piso sin ayuda .....	-1	-2	-8	-9
j. Caminar media milla sin ayuda .....	-1	-2	-8	-9

BASE: INFORMANT OR SOMEONE ELSE RESPONSIBLE FOR SUBJECT'S TASKS (RR2a, or RR2b, or RR2c, or RR2d is "yes")

RR6. Cúales son las principales razones por las que usted le provee cuidada a (NAME OF SUBJECT)? (SELECT YES OR NO FOR EACH REPOSE UNLESS DON'T KNOW OR REFUSED)

No Se

	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>sé</u>	<u>negó</u>
(NAME OF RESPONDENT) no está capacitado/a mentalmente ( tiene Alzheimer o problemas de memoria .....	-1	-2	-8	-9
(NAME OF RESPONDENT) Tiene problemas con el alcohol o drogas .....	-1	-2	-8	-9
(NAME OF RESPONDENT) está incapacitado/a para cuidarse por sí mismo/a .....	-1	-2	-8	-9
Tengo miedo de dejar solo/a (NAME OF RESPONDENT) .....	-1	-2	-8	-9

BASE: SOMEONE ELSE RESPONSIBLE FOR SUBJECT'S TASKS (RR2a, or RR2b, or RR2c /2-4)

RR7. ¿Hace cuánto tiempo empezó (NAME OF RESPONDENT) a necesitar ayuda con cosas que él/ella no puede hacer por sí mismo/a?

(DO NOT READ LIST. CHECK OFF MOST APPROPRIATE ANSWER BASED ON SUBJECT'S RESPONSE)

- Menos de 6 meses .....-1  
 Entre 6 y 12 meses .....-2  
 1-2 años .....-3

3-5 años .....	-4
6-10 años .....	-5
11 o más años.....	-6
Otro .....	-7
Especifique _____	
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**Interviewer: Please write in any comments the informant may say about this.**

---



---

**BASE: ALL INFORMANTS**

RR8. ¿Además de usted y de las personas que me menciono, hay alguien que le ha dado ayuda con (NAME OF RESPONDENT) cuando usted la necesitó? Esta ayuda puede venir de un vecino, la iglesia, o de servicios para ancianos.

Sí .....-1  
No .....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

**SECTION QQ: SOCIAL SERVICE USE INCLUDING NEIGHBORS**

**BASE: RESPONDENT RECIEVES CARE FROM SOMEONE OTHER THAN INFORMANT FAMILY OR RELATIVES (RR8 = 1)**

Ahora le voy hacer preguntas acerca de programas formales y servicios sociales para personas mayores de 65 años que (NAME OF RESPONDENT) se utilizaron recientemente. En los últimos 12 meses utilizó (NAME OF RESPONDENT)...[READ EACH ITEM]

	Si	No	No sé	Se negó
QQN1_a. Uso transporte para adultos mayores? .....	-1	-2	-8	-9
QQN1_b. Uso un centro de actividad por día (centro de ancianos/iglesias, guardería para adultos)? .....	-1	-2	-8	-9
QQN1_c. Le han traído comida a la casa (meal on wheels)? ....	-1	-2	-8	-9
QQN1_d. Recibio asistencia personal (servicio que ayuda con tareas tales como: vestirse, asearse, o las tareas del hogar)?.....	-1	-2	-8	-9
QQN1_e. Uso servicios de salud en la casa (enfermera/ ayudante, fisioterapeuta)?.....	-1	-2	-8	-9
QQN1_f. Recibio cupones de comida (SNAP) ú cupones (SSI)?	-1	-2	-8	-9
QQN1_g. Uso un servicio de emergencia (un monitor Conectado a su línea telefónica, o un "botón de pánico"?.....	-1	-2	-8	-9
QQN1_h. Uso servicios legales para el adulto mayor (testamentos y fideicomisos, directiva avanzada, poder notarial)	-1	-2	-8	-9
QQN1_i. Por un tiempo recibio cuidados de un vecino.....	-1	-2	-8	-9

BASE: ALL INFORMANTS

(QUESTIONS ARE ABOUT INFORMANT'S GENERAL FEELINGS ABOUT FAMILY AND THE IMPORTANCE OF FAMILY).

[READ] Las siguientes preguntas son acerca de la vida familiar, la forma en que las familias estan organizadas, y la forma en la que los miembros de la familia se ayudan uno con los otros. Sus respuestas a cada una de estas preguntas deben basarse en sus propios puntos de vista y opiniones.

Usted siente que...[READ EACH ITEM] **USE SHOW CARD #2**

PPN\_1. Conocer la ascendencia de su familia o linaje, es decir, su árbol genealógico, es una parte importante de la vida familiar. Diría usted que está

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

PPN\_2. Es importante conocer sus primos, tías y tíos, y tener una estrecha relación (o buena) con ellos.

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

PPN\_3. Los hermanos tienen la responsabilidad de proteger a sus hermanas mientras crezcan.

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

PPN\_4. Una persona debe recordar otros miembros de la familia que han muerto, ya sea en el aniversario de su muerte, día de los difuntos, ú otras ocasiones especiales

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

PPN\_5. En ausencia del padre, las decisiones más importantes deben ser tomadas por el hijo mayor en lugar de la madre, si el hijo tiene la edad suficiente.

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

PPN\_6. Si pudieran vivir en cualquier parte, los hijos casados deberían vivir cerca de sus padres para que puedan ayudarse mutuamente.

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

PPN\_7. Mientras están creciendo, las hermanas tienen la obligación de respetar la autoidad de sus hermanos varones.

Muy en desacuerdo.....-1  
No de acuerdo.....-2  
De acuerdo.....-3  
Muy de acuerdo .....-4  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

Ahora quiero hacerle preguntas acerca del tipo de soporte o asistencia que usted recibió en el último año que lo pudo ayudar a prestar cuidado o asistencia para [NAME OF RESPONDENT].

[READ EACH ITEM]

HH3\_N. En el último año, usted utilizo algún servicio que se hizo cargo de {NAME OF RESPONDENT} de tal manera que usted pudo tomar algún tiempo libre?

Si.....-1  
No.....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

HH4\_N. En el último año, ¿ha recibido algún tipo de entrenamiento para ayudar a cuidar de {NAME OF RESPONDENT}?

Si.....-1  
No.....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

HH5\_N. En el último año, ¿ha consultado con alguien de un programa, organización o grupo que le ayudó a encontrar los servicios para los que usted calificaba ya que usted proporciona cuidado para {NAME OF RESPONDENT}?

Si.....-1  
No.....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

HH6. En el último año, ¿ha consultado con alguien de un programa, organización o grupo que le ayudó a encontrar ayuda para asistirlo/a con la vivienda?

Si.....-1  
No.....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9



HH7. En el último año, ¿ha consultado con alguien de un programa, organización o grupo que le ayudó con el manejo de las medicinas?

Si.....-1  
No.....-2  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

**SS. FAMILY LIFE/RELATIONSHIP with SUBJECT**

(QUESTIONS ARE ABOUT INFORMANT'S FEELINGS, NOT OTHER CAREGIVER)

Ahora le voy a hacerle preguntas acerca de su relación con (NAME OF RESPONDENT). Estas preguntas son acerca de sus sentimientos hacia (NAME OF RESPONDENT).

BASE: ALL INFORMANTS

**USE SHOWCARD #3.**

SS5. Generalmente, ¿qué tan bien se llevan usted y (NAME OF RESPONDENT).

No bien /no del todo.....-1  
No muy bien.....-2  
Algo.....-3  
Bien.....-4  
Muy bien.....-5  
Extremadamente bien.....-6  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

**USE SHOW CARD #4 (SS6 N to SS9 N)**

SS6\_N. Cuánto le gusta estar con (NAME OF RESPONDENT)? Diría usted que?

Mucho.....-1  
Algo.....-2  
Un poco.....-3  
No del todo.....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

SS7\_N. Cuánto (NAME OF RESPONDENT) discute con usted? Diría usted que?

Mucho.....-1  
Algo.....-2  
Un poco.....-3  
No del todo.....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

SS8\_N. Cuánto (NAME OF RESPONDENT) aprecia lo que usted hace por él/ella? Diría usted que?

Mucho.....-1  
Algo.....-2  
Un poco.....-3  
No del todo.....-4  
No sé.....-8  
Se negó.....-9

SS9\_N. Con que frecuencia (NAME OF RESPONDENT) lo hace molestar? Diría usted que?

Mucho.....	-1
Algo .....	-2
Un poco .....	-3
No del todo.....	-4
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

## STN\_A. Social Support (MOS-9)

### BASE: ALL INFORMANTS

[READ]: Ahora le voy hacer preguntas acerca de apoyo social. La gente algunas veces busca a otros/as para compañía, ayuda, ú otros tipos de apoyo. Con que frecuencia cada uno de los siguientes apoyos sociales están disponibles para usted en el caso de que los necesitara?

[READ EACH ITEM] USE SHOW CARD # 5 ( STN A1 to STN A9)

STN\_A1. Alguién que lo ayude en el caso de que estuviera confinado a una cama

Ninguna parte del tiempo .....	-1
Alguna parte del tiempo .....	-2
Todo el tiempo .....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

STN\_A2. Alguién que le muestre amor y afecto

Ninguna parte del tiempo .....	-1
Alguna parte del tiempo .....	-2
Todo el tiempo .....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

STN\_A3. Alguién que lo lleve al doctor en caso de que lo necesite

Ninguna parte del tiempo .....	-1
Alguna parte del tiempo .....	-2
Todo el tiempo .....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

STN\_A4. Alguién en que quien confiar para hablar de usted o de sus problemas

Ninguna parte del tiempo .....	-1
Alguna parte del tiempo .....	-2
Todo el tiempo .....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

STN\_A5. Alguién que lo abraze

Ninguna parte del tiempo .....	-1
Alguna parte del tiempo .....	-2
Todo el tiempo .....	-3
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

STN\_A6. Alguién con quien reunirse para relajarse

Ninguna parte del tiempo .....-1  
Alguna parte del tiempo .....-2  
Todo el tiempo .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

STN\_A7. Alguién que lo ayude con los quehaceres diarios en que caso de que estuviera enfermo

Ninguna parte del tiempo .....-1  
Alguna parte del tiempo .....-2  
Todo el tiempo .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

STN\_A8. Alguién a quien acudir para sugerencias acerca de cómo hacer frente a un problema personal

Ninguna parte del tiempo .....-1  
Alguna parte del tiempo .....-2  
Todo el tiempo .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

STN\_A9. Alguién a quien amar y que se sienta querido/a

Ninguna parte del tiempo .....-1  
Alguna parte del tiempo .....-2  
Todo el tiempo .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

**STN\_B. Negative Interaction (NSAL-modified Felzer)—Family**

BASE: ALL INFORMANTS

[READ] Ahora le voy hacer preguntas acerca de la interacción que tiene con los miembros de su familia. Con que frecuencia diría usted que miembros de su familia (INCLUDES SPOUSE/PARTNER). . . [USE SHOW CARD]?

[READ EACH ITEM]. USE SHOW CARD # 6 ( STN B1 to STN B3)

STN\_B1. Demandan mucho de usted

Muy a menudo .....-1  
A menudo .....-2  
No muy a menudo .....-3  
Nunca .....-4  
Don't know .....-8  
Refused .....-9

STN\_B2. Criticarlo a usted y las cosas que usted hace

Muy a menudo .....-1  
A menudo .....-2  
No muy a menudo .....-3  
Nunca .....-4  
Don't know .....-8  
Refused .....-9

STN\_B3. Tratan de tomar ventaja de usted

Muy a menudo .....-1  
A menudo .....-2  
No muy a menudo .....-3  
Nunca .....-4  
Don't know .....-8  
Refused .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

**USE SHOW CARD # 7 ( STN D and STN E)**

**STN\_D. (SOCIAL SUPPORT)**

Cuando usted tiene problemas, ¿puede usted depender al menos de algunos de sus familiares ó amigos casi todo el tiempo, algunas veces, ó casi nunca? USE SHOW CARD

Casi todo el tiempo .....-1  
Algunas veces .....-2  
Casi nunca .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

**STN\_E. (EMOTIONAL SUPPORT)**

Puede usted hablar sobre sus problemas más serios, al menos con algunos de sus familiares ó amigos, casi todo el tiempo, algunas veces, ó casi nunca? USE SHOW CARD

Casi todo el tiempo .....-1  
Algunas veces .....-2  
Casi nunca .....-3  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

**TT. FINANCIAL**

[READ] Ahora le voy hacer preguntas acerca de la situación financiera de [NAME OF RESPONDENT]. Estas pueden incluir preguntas acerca de su propia situación financiera.

BASE: ALL INFORMANTS

TT1. ¿Es (NAME OF RESPONDENT) dueño/dueña de su propia casa?

Sí .....-1  
No .....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: RESPONDENT OWNS HOME (TT1/1)

TT1N\_a.Espera usted heredar ésta casa?

Sí .....-1  
No .....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

TT1N\_b. Es dueño/a de su propia casa?

Sí .....-1  
No .....-2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

TT2. ¿Recibe (NAME OF RESPONDENT) ingresos de: (SELECT YES/NO FOR EACH)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se Negó</u>
a. NADA (IF 'SÍ', SKIP TO TT4_N)	1	2	8	9
b. Seguro social	1	2	8	9
c. Pensión privada (del trabajo)	1	2	8	9
d. Ingreso de seguros suplementarios (SSI)	1	2	8	9
e. Hijos	1	2	8	9
f. Pensión militar o del ferrocarril	1	2	8	9
g. Inversiones/valores	1	2	8	9
h. Propiedad para rentar	1	2	8	9
i. Otras fuentes: especifique _____				

TT4\_N: Le proporciona apoyo financiero a [NAME OF RESPONDENT] (por ejemplo, alquiler, pago de cuentas, comestibles)?

Si ..... -1  
No ..... -2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: ALL INFORMANTS

TT5\_b. En el último año ha usado su propio dinero para ayudar a pagar para (NAME OF RESPONDENT) gastos como medicina, seguro, dispositivos de ayuda ó atención domiciliaria?

Si ..... -1  
No ..... -2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

TT5\_c\_N: Le está causando dificultades financieras el apoyo financiero que le está prestando a [NAME OF RESPONDENT] ?

Si ..... -1  
No ..... -2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

BASE: INFORMANT HELPS WITH INCOME (TT4 N=1)

TT6. Espera seguir contribuyendo al mismo nivel?

No ..... -1  
Si, para un futuro previsible ..... -2  
No sé .....-8  
Se negó .....-9

## **MM. END OF LIFE PLANNING**

### **BASE: ALL INFORMANTS**

Ahora le voy hacer preguntas acerca de los planes que (NAME OF RESPONDENT) tiene para el final de la vida y los tipos de arreglos que él/ella han hecho acerca del tipo de atención médica que él/ella quiere recibir.

MM10Na1. "Ha (NAME OF RESPONDENT) tomado medidas legales para que alguien tome decisiones acerca de su atención médica en el caso que él/ella no pueda tomar la decisión por si mismo/a? Esto a veces se le llama poder notarial para la atención médica"

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

### **GENERAL HEALTH OF SUBJECT** (ASK INFORMANT ABOUT SUBJECT)

#### **BASE: ALL INFORMANTS**

#### **USE SHOWCARD #8.**

**G1.** En general diría que la salud de (NAME OF RESPONDENT) es excelente, muy buena, regular, o mala?

Excelente.....	-1
Muy buena.....	-2
Regular .....	-3
Mala.....	-4
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U. HEALTH PROBLEMS`** (ASK INFORMANT ABOUT RESPONDENT)

U3. Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que usted tenía algunos de las siguientes condiciones? (READ EACH ITEM)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se negó</u>
1x. ¿Artritis o reumatismo? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
2y. ¿Cáncer o tumor maligno? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 2y5. Si, "sí", ¿qué tipo de cáncer? .....				
3I1. ¿Ha sufrido de un ataque cardiaco, un ataque del corazón, un ataque coronario, un infarto o trombosis coronaria?, .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 3I5. Si, "sí", ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
4J1. ¿Ha sufrido una apoplejía, embolia cerebral/hemorragia cerebral? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 4J5. Si, "sí", ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
5K1. ¿Tenía la presión alta? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 5K4. Si, "sí", ¿Está tomando medicina recetada por un medico para la presión alta? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
6M1. ¿Ha padecido de diabetes? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 6M3. Si, "sí", ¿Está tomando actualmente medicina para la diabetes? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N1. Desde la edad de 50, (NAME OF RESPONDENT) se ha fracturado o roto la cadera? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 7N5. Si, "sí", ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N3. ¿Él/ Ella se le ha roto o fracturado otro hueso? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● 7N4. Si, "sí", ¿En qué hueso o lugar? .....				
8P5. En el mes pasado,¿(NAME OF RESPONDENT) notó algún dolor o malestar al estar de pie o al caminar? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
8P8. Durante los últimos 12 meses, ¿(NAME OF RESPONDENT) sufrió una caída, terminando en el suelo o el piso? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● Si, "sí", ¿cuántas veces ha sufrido él/ella una caída? /__/_/				
9S4N. Tiene problemas para oír?.....	__-1	__- 2	__-8	__-9
● Si "sí", pregunte 9S5. De lo contrario, continúe con la pregunta 10V6.				
9S5. (Con/Sin un aparato auditivo) ¿Usualmente, (NAME OF RESPONDENT) puede oír y entender a las personas sin verles la cara, si esa persona le habla en voz normal en un cuarto callado?				
a. Sí, sin un aparato.....	__-1	__- 2	__-8	__-9
b. Sí, con un aparato .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
10V6. (Cuando usa anteojos/lentes de contacto), ¿(NAME OF RESPONDENT) puede ver bien para reconocer a un amigo o miembro de la familia?				
a. A través de la calle .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
b. A través del cuarto .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
c. A quien está a una distancia equivalente a un brazo?.....	__-1	__-2	__-8	__-9

### **U3\_N: AD8 Informant Interview**

#### **BASE: ALL INFORMANTS**

[READ] Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de cualquier cambio en (NAME OF RESPONDENT) del pensamiento y memoria. Para cada pregunta "Si, un cambio" indica que usted piensa que ha habido un cambio en los últimos años a causa de problemas cognitivos (por ejemplo, en pensamiento y memoria).

**U3\_N1:** Problemas con el juicio (por ejemplo, cae en estafas, malas decisiones financieras, compra regalos inapropiados para los beneficiarios)

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N2:** Menor interés en pasatiempos/actividades.

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N3:** Repite las preguntas, las historias ó declaraciones.

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N4:** Dificultad para aprender a usar una herramienta, dispositivo, ó artículo (por ejemplo, VCR, computadoras, microondas, control remoto)

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N5:** Olvidar el mes correcto del año

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N6:** Dificultad para manejar situaciones financieras complicadas (por ejemplo, balance de cheques, impuestos de la renta, pago de cuentas)

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**U3\_N7:** Dificultad para recordar las citas

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9



**U3\_N8:** Problemas constantes de pensamiento y/o memoria

Si un cambio .....	-1
No cambio .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

#### U4. The Neuropsychiatric Inventory (NPI) Interviewer

BASE: ALL INFORMANTS

(ASK THE FOCAL PERSON THE FOLLOWING QUESTIONS)

Por favor conteste las siguientes preguntas en base a cambios o síntomas que usted ha observado en (NOMBRE).

Responda "Sí" cuando notó el síntoma en el último mes. Por favor conteste cada pregunta honesta y cuidadosamente.

		IF "Yes" IN PAST MONTH, ASK: <b>USE SHOWCARD #9</b> Severidad del síntoma (how it affects the subject) <b>1 - Ligero</b> (noticeable, but not a significant change) <b>2 - Moderado</b> (significant, but not a dramatic change) <b>3 - Severo</b> (very marked or prominent; a dramatic change)		IF "Yes" IN PAST MONTH, ASK: <b>USE SHOWCARD #10</b> Describa el nivel de angustia/stress que usted siente como responsable de cuidar a (NOMBRE) <b>0-Nada angustioso</b> <b>1-Mínimo</b> (slightly angustioso, not a problem to cope with) <b>2-Ligero</b> (not very angustioso, easy to cope with) <b>3-Moderado</b> (fairly angustioso, not always easy to cope with) <b>4-Severo</b> (very angustioso, difficult to cope with) <b>5-Extremo o muy severo</b> (extremely angustioso, unable to cope with)
ASK EVERYONE: Observado en el mes pasado <b>0 - No</b> <b>1 - Sí</b>				
a. ¿Cree___ que otras personas le están robando o que planean hacerle daño de alguna manera?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo		0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
b. ¿Actúa_____ como si oyera voces? ¿Habla con personas que no están presentes?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo		0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
c. ¿Es_____ terco o testarudo y resiste la ayuda de otros?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo		0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
d. ¿Actúa_____ como si estuviera triste o con la moral baja? ¿Llora?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo		0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo

e. ¿Se molesta _____ cuando se separa de usted? ¿Muestra otras señales de nerviosismo, como falta de aire, suspiros, incapacidad de relajarse o sentirse excesivamente tenso?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
f. ¿Parece _____ sentirse demasiado bien o actúa excesivamente alegre?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
g. ¿Parece _____ menos interesado en sus actividades habituales y en las actividades y planes de los demás?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
h. ¿Parece _____ actuar impulsivamente? Por ejemplo, habla con extraños como si los conociera o dice cosas que podrían herir los sentimientos de los demás?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
i. ¿Se muestra _____ irritable o se impacienta? ¿Tiene dificultad lidiando con retrasos o esperando por actividades planeadas?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
j. ¿Lleva a cabo _____ actividades repetitivas, como dar vueltas por la casa, jugar con botones, enrollar hilos o hacer otras cosas repetidamente?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
k. ¿Lo(a) despierta _____ durante la noche, se levanta muy temprano por la mañana o toma demasiadas siestas durante el día?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo
l. ¿Ha perdido o aumentado de peso _____ o habido algún cambio en la comida que le gusta?	0 - No 1 - Sí	1- Ligero 2- Moderado 3 - Severo	0-Nada angustioso 1-Mínimo 2-Ligero 3-Moderado 4-Severo 5-Extremo o muy Severo

**GCG. GLOBAL HEALTH RATING**

Ahora me gustaría hacerle preguntas acerca de **SU** salud (INFORMANT'S HEALTH).

BASE: ALL INFORMANTS

**USE SHOWCARD # 8**

GCG1. ¿Diría, usted que su salud en general es excelente, muy buena, regular, o mala?

Excelente.....	-1
Muy buena.....	-2
Regular.....	-3
Mala.....	-4
No sé.....	-8
Se negó.....	-9

**Perceived Stress Scale**

BASE ALL INFORMANTS

**USE SHOWCARD #11.** Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos **durante el último mes**. En cada caso, por favor dígame se ha sentido o ha pensado de este modo nunca, casi nunca, de vez en cuando, a menudo, o muy a menudo.

**En el último mes...**

	<u>Nunca</u>	<u>Casi Nunca</u>	<u>De vez en cuando</u>	<u>A menudo</u>	<u>Muy a menudo</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se Negó</u>
1. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?..... - 0		-1	-2	-3	-4	-8	-9
2. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro(a) sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?.....-0		-1	-2	-3	-4	-8	-9
3. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien? ..... -0		-1	-2	-3	-4	-8	-9
4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?..... -0		-1	-2	-3	-4	-8	-9

## Alcohol consumption

BASE: ALL INFORMANTS

[READ] Ahora le voy hacer algunas preguntas acerca de su consume de alcohol durante el último año.

[READ EACH ITEM]

ALC\_N1. En el último año ha tomado alguna cerveza, vino, or licor (por ejemplo, tequila)?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

BASE: INFORMANT RESPONDED "YES" TO ALC N1

**(SKIP TO SMOKING IF INFORMANT RESPONDED "NO" "No sé" or "Se negó" to ALC\_N1)**

CAGE\_N1. Ha pensado que debería dejar de tomar un poco?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

CAGE\_N2. Se ha sentido molesto cuando la gente lo critica por tomar alcohol?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

CAGE\_N3. Se ha sentido mal ó culpable por tomar alcohol?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

CAGE\_N4. Alguna vez ha tomado una bebida alcoholica al levantarse en la mañand para calmarse los nervios, o para curarse de una Resaca (cruda)?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

## Smoking

BASE: ALL INFORMANTS

[READ] Ahora le voy hacer preguntas acerca de su hábito tabáquicos [INFORMANT].

[READ EACH ITEM]

Smoke\_N1. Ha fumado por lo menos 100 cigarrillos en toda su vida?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

BASE: SMOKE N1=1. IF SMOKE N1=2, 8, 9 THEN SKIP TO GG (BLOOD PRESSURE)

Smoke\_N2. Más ó menos que edad tenia usted cuando empezó a fumar cigarrillos?

**Edad**

/ / /

Nunca fumó regularmente.....	-777
No sé .....	-888
Se negó .....	-999

Smoke\_N3. Fuma cigarillos ahora?

Si .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

Smoke\_N4. Hace cuánto tiempo que dejó de fumar?

**# de años**

/ / /

Menos de un año .....	-777
No sé .....	-888
Se negó .....	-999

Smoke\_N5. Cuántos cigarillos por día fumó/fumaba usted cuando fumaba regularmente?

**# de Cigarillos**

/ / /

Menos de un cigarillo por día .....	-777
No sé .....	-888
Se negó .....	-999

## **GG. PRESIÓN ARTERIAL**

### **BASE: ALL INFORMANTS**

GG1. Ahora me gustaría tomarle el pulso y la presión arterial dos veces. Mientras que hago esto, por favor siéntese confortablemente y ponga los pies planos sobre el piso, no cruce las piernas o los tobillos. (IF THE INFORMANT HAS REASON (E.G. BRUISING, OPEN SORE) FOR NOT TAKING BLOOD PRESURE - CODE NA.)

GG4. First **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA\_\_-777 Refused \_\_-999

GG5. Second **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA\_\_-777 Refused \_\_-999

(RECORD LOWEST SYSTOLIC/DIASTOLIC READING ON NOTE CARD. GIVE THE SUBJECT THE INDEX CARD. INDICATE WARNING IF BP IS GREATER THAN [160/110])

## II. ESTATURA Y PESO

### BASE: ALL INFORMANTS

II1a. Ahora me gustaría medirle su estatura y pesarlo(a). Por favor, quítese sus zapatos, joyas, y ropa pesada.

Por favor, párese de espaldas a esta puerta con los pies y talones juntos en el piso y con los talones, las caderas, la espalda y la cabeza soportados por la pared. Mire directamente hacia adelante, por favor.

Height ( to nearest millimeter)      /   /   /   .   /   /   /   Centimeters

No puede estar de pie .....-888

Se negó.....-999

### BASE: ALL INFORMANTS

(PLACE SCALES ON A FLAT SURFACE)

II1b. Ahora veamos cuanto pesa usted

Weight (to nearest pound)      /   /   /   /   Pounds

No puede estar de pie .....-888

Se negó.....-999

ASK QII1d

### BASE: UNABLE TO STAND OR REFUSED TO GET ON SCALES (Q.II1b/888,999)

II11d. Por favor, ¿podría decirme cuánto pesa Ud? (RESPONDENT OR PROXY MAY REPLY WITH SOMETHING LIKE THE LAST TIME I (HE/SHE) WENT TO THE DOCTOR, I (HE/SHE) WEIGHED \_\_\_\_\_. OR THEY MAY SAY ABOUT \_\_\_\_\_. THESE ARE FINE. THEY GIVE US AN ESTIMATE.)

Reported Weight (to nearest pound) /   /   /   /   Pounds      Refused      -999

II11c.. (INTERVIEWER: TYPE OF SURFACE.)

Uncarpeted.....-1

Low carpet.....-2

Other (SPECIFY)

.....-3

Reported Weight .....-4



## JJ. MEDIDA DE LA CINTURA

### BASE: ALL INFORMANTS

JJ1. Ahora me gustaría medirle la cintura. (INFORMANT SHOULD BE STANDING ERECT WEARING ONLY ONE LAYER OF OUTER CLOTHING -- MEASURE IN CENTIMETERS TO THE NEAREST MILLIMETER.)

\* STAND BESIDE INFORMANT.

\* PLACE TAPE MEASURE AROUND THE BODY AT THE NARROWEST POINT BETWEEN THE RIBS AND THE TOP OF THE HIP BONE. RECORD THE MEASUREMENT IN CENTIMETERS TO THE NEAREST MILLIMETER. (EXAMPLE 53.7 CENTIMETERS)

(IF NECESSARY, ASK: "Podría señalar donde está su ombligo?" POINT TO YOUR OWN NAVEL)

#### Measure # 1

            .       Centimeters

Se negó..... \_\_\_\_-999

#### Measure # 2

            .       Centimeters

Se negó..... \_\_\_\_-999

## **FUERZA DE APRETAR**

**BASE: ALL INFORMANTS**

**(INFORMANTS SHOULD NOT HAVE HAD ANY HAND OR WRIST SURGERY IN THE PAST 3 MONTHS (12 WEEKS). EXAMPLES OF SURGERY INCLUDE FUSION, ARTHROPLASTY, TENDON REPAIR, OR SYNOVECTOMY INVOLVING THE UPPER EXTREMITY. DISCONTINUE WITH ANYONE COMPLAINING OF PAIN AND CHECK "UNABLE/DISCONTINUED".)**

HH7a. En el primer ejercicio voy a usar este instrumento, que se llama Dinamómetro, para probar la fuerza de la mano con la que siente más fuerza. Sin embargo, si acaso Ud. ha tenido cirugía en el brazo o en la mano en los últimos tres meses, no debe usted hacer este ejercicio. ¿Ha tenido usted cirugía recientemente?

Sí.....-1

**SKIP TO Section U**

No .....-2

No sé.....-8

Se negó.....-9

**ASK Q.HH7b**

(ADJUST GRIP SCALE FOR FEMALE (5 TO 6), MALE (6 TO 7))

**BASE: HAVE NOT HAD SURGERY IN PAST 3 MONTHS (HH7a/2,8,9)**

HH7b. Me gustaría que escoja el brazo que usted cree es el más fuerte, ponga el codo sobre la mesa y la palma de la mano hacia arriba. Tome las dos piezas de metal juntas de esta manera. (DEMONSTRATE DYNOMOMETER) Dígame si tengo que ajustar el aparato. Cuando yo diga apriete, apriete tan fuerte como le sea posible. Las dos piezas de metal No sé moverán pero yo podré leer en el marcador su fuerza de apretar. Yo le pediré que haga esto dos veces. Si acaso Ud. siente cualquier dolor o molestia, dígame y nos detendremos. (SCORE AS UNABLE/DISCONTINUED). RECORD TO THE NEAREST HALF KILOGRAM

### **TRIAL 1**

/ / / . / / kg.

Unable/Discontinued .....-666

Not performed for safety reasons ....-777

Refused .....-999

### **TRIAL 2**

/ / / . / / kg.

Unable/Discontinued .....-666

Not performed for safety reasons ....-777

Refused .....-999

HH7c. Hand tested?

La mano derecha .....-1

La mano izquierda.....-2

Not applicable .....-3

(RECORD GRIP SCALE FROM THE HANDLE [TO THE CLOSEST WHOLE NUMBER]):

5 .....-1

6 .....-2

7 .....-3

## U. HEALTH PROBLEMS THE INFORMANT HAS

### BASE: ALL INFORMANTS

U3. ¿Le ha dicho alguna vez un médico u otro profesional de salud que usted tenía algunas de las siguientes condiciones? (READ EACH ITEM)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se negó</u>
1x. ¿Artritis o reumatismo? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
2y. ¿Cáncer o tumor maligno? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
2y5. Si, sí, ¿qué tipo de cáncer? .....				
3I1. ¿Había sufrido de un ataque cardíaco, un ataque del corazón, un ataque coronario, un infarto o trombosis coronaria?, .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
3I5. Si, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
4J1. ¿Había sufrido de una apoplejía, embolia cerebral/hemorragia cerebral? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
4J5. Si, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
5K1. Tenía la presión alta? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
5K4. Si, sí ¿Está tomando medicina recetada por un medico para la presión alta? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
6M1 ¿Había padecido de diabetes? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
6M3. Si, sí, ¿Está tomando medicina actualmente para la diabetes?.....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N1. ¿Se había fracturado o roto la cadera? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N1a. Si, sí ¿Qué edad tenía cuando se fracturó/rompió la cadera? /___/___/				
7N5. Si, sí ¿Le hospitalizaron por una noche cuando ocurrió esto? .....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N3. ¿Se rompió o había fracturado otro hueso?.....	__-1	__- 2	__-8	__-9
7N4. Si, sí ¿En qué hueso o lugar? .....				

**CESD.****BASE: ALL INFORMANTS**

X. **USE SHOW CARD #12** Ahora tengo algunas declaraciones explicando la manera como usted se pudo haber sentido durante la semana pasada. Por cada una de las declaraciones, por favor dígame si se sintió de este modo durante la semana pasada raramente o en ningún tiempo (que sería menos de un día), algo o poco del tiempo (que sería de uno a dos días), ocasionalmente o una cantidad de tiempo moderada (que sería tres ó cuatro días) o la mayoría de o todo el tiempo (que sería cinco a siete días). (IF RESPONDENT GIVES NUMBER OF DAYS RECORD APPROPRIATELY)

	Raramente O Ningún Tiempo (Menos de <u>1 Día</u> )	Algo O Poco Del Tiempo ( <u>1-2 Días</u> )	Ocasional- mente Tiempo ( <u>3-4 Días</u> )	Mayoría de o todo el Tiempo Moderado ( <u>5-7 Días</u> )	No Sé	Se negó
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestaban .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
2. No tenía ganas de comer, no tenía apetito.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
3. Me sentí tan desanimado(a) que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
4. Me sentí que valgo tanto como otras personas .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
5. Tenía problemas prestando atención a lo que estaba haciendo .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
6. Me sentí deprimido(a) .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
7. Me sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
8. Sentí esperanza para el futuro.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
9. Pensé que mi vida fue un fracaso.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
10. Tenía miedo .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
11. Dormí sin descansar .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
12. Yo estaba feliz.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
13. Platique menos de lo normal.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
14. Me sentí solo(a) .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
15. La gente no fue amistosa conmigo .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
16. Disfruté de la vida .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
17. Tenía ganas de llorar .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
18. Me sentí triste.....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
19. Sentía que la gente no me quería .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9
20. No podía animarme a hacer nada .....	-0	-1	-2	-3	-8	-9

## Self-reported memory of the Informant

BASE: ALL INFORMANTS

[READ] Ahora le voy hacer preguntas acerca de su memoria y cambios de memoria que usted pudo haber experimentado en los últimos dos años.

### USE SHOW CARD # 13

SM1\_N: Cómo evaluaría su memoria en el presente. Diría que es:

Excelente .....	-1
Muy buena.....	-2
Buena .....	-3
Regular .....	-4
Mala.....	-5
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

SM2\_N: Comparado con hace dos años usted diría que su memoria es ahora mejor, más ó menos igual, ó peor de lo que era entonces?

Mejor ahora .....	-1
Casi lo mismo.....	-2
Pero ahora.....	-3
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

BASE: ALL INFORMANTS

CC3. USE SHOW CARD #14 Ahora por favor piense en todos los aspectos de **su** vida.

¿Qué tan satisfecho(a) está usted -- completamente satisfecho(a), muy satisfecho(a), un poco satisfecho(a), ó no está satisfecho(a).

Completamente satisfecho/a .....	-1
Muy satisfecho/a .....	-2
Un poco satisfecho/a.....	-3
No está satisfecho/a.....	-4
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

BASE: ALL INFORMANTS

EE2. USE SHOW CARD #15 ¿Con qué frecuencia **asiste Ud.** a los servicios religiosos o a una iglesia?

(PLEASE DO NOT INCLUDE RESPONSES FOR SERVICES VIEWED ON TV. THIS SHOULD ONLY INCLUDE SERVICES WHERE THE INFORMANT LEFT THEIR HOME)

Nunca/casi nunca .....	-1
Algunas veces al año .....	-2
1-2 veces al mes .....	-3
Casi cada semana .....	-4
Más que una vez a la semana .....	-5
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

**KK. HEALTH CARE SERVICE UTILIZATION**

**BASE: ALL INFORMANTS**

Ahora me gustaría hacerle unas preguntas sobre **su** uso de los servicios para la salud.

KK2. ¿Sin incluir algunas veces que **usted** pudo haber sido hospitalizado de un día para otro, cuántas veces, en los doce meses, esto es desde (DATE, 1 YEAR AGO) ha consultado al médico? (INTERVIEWER: INCLUDE VISITS WITH A PHYSICIAN'S ASSISTANT OR NURSE PRACTITIONER AT AN HMO OR CLINIC.)

<u># Of Times</u>	<u>No sé</u>	<u>Se negó</u>
<u>/ / / /</u>	-888	-999

**BASE: ALL INFORMANTS**

CC1a. ¿Desde (FECHA DE HACE UN AÑO) ha experimentado **usted** una enfermedad ó herida que ha requerido pasar una noche o más en el hospital?

Sí .....	-1
No .....	-2
No sé .....	-8
Se negó .....	-9

## LL. INCOME

BASE: ALL INFORMANTS

(ASK FOR LAST CALENDAR YEAR)

LL3. **USE SHOW CARD #16** Por favor, mire esta tarjeta. ¿Qué grupo de ingreso representa su ingreso total (de todos en la casa) por el año 2014/2015? Este número incluye ingreso de todas formas, como sueldo, prestaciones sociales, subsidios de jubilación, dinero de propiedad o parientes, etc.

<u>Yearly</u>	<u>Monthly</u>	
\$0-\$4,999	(\$0-\$416)	-1
\$5,000-\$9,999	(\$417-\$833)	-2
\$10,000-\$14,999	(\$834-\$1,249)	-3
\$15,000-\$19,999	(\$1,250-\$1,666)	-4
\$20,000-\$29,999	(\$1,667-\$2,499)	-5
\$30,000-\$39,999	(\$2,500-\$3,333)	-6
\$40,000-\$49,999	(\$3,334-\$4,166)	-7
\$50,000 & Over	(\$4,167 & Over)	-8
No sé	___-888	Se negó
		___-999

## MM. INSURANCE

BASE: ALL INFORMANTS

QMM9 Actualmente, ¿Tiene **usted** Medicare, Medicaid, seguro privado, un HMO o alguna otra forma de seguro? Por favor, dígame si tiene **usted** seguro de los siguientes tipos.

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se negó</u>
A. Medicare	___-1	___-2	___-8	___-9
B. Medicaid	___-1	___-2	___-8	___-9
C. Private insurance	___-1	___-2	___-8	___-9
D. HMO	___-1	___-2	___-8	___-9
E. VA (Veteranos)	___-1	___-2	___-8	___-9
F. Otro- especifique	___-1	___-2	___-8	___-9

verbatim

**NN. FOLLOW-UP**

**BASE: ALL INFORMANTS**

NN1. ¿Cuál es su número de teléfono?     / / / / - / / / / - / / / / /

No tiene teléfono.... -1

No sé.....-8

Se negó.....-9

NN2. ¿Cuál es su actual dirección? IF NECESSARY: Para enviar el cheque.

Street:\_\_\_\_\_.

City:\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_.

Email:\_\_\_\_\_

No sé.....-8

Se negó.....-9

NN2a. ¿Recibe el correo en una dirección diferente? (IF YES, RECORD BELOW)

Street:\_\_\_\_\_.

City:\_\_\_\_\_State:\_\_\_\_\_Zip:\_\_\_\_\_.

NN3a. ¿Está planeando cambiar de domicilio dentro de unos cuantos años?

Sí .....-1

**ASK Q.NN3b**

No .....-2

No sé.....-8

Se negó.....-9

**SKIP TO Q.NN4**

**BASE: PLAN TO MOVE IN NEXT TWO YEARS (Q.NN3a/1)**

NN3b. Si es así, ¿dónde?

No sé.....-8

Se negó.....-9



BASE: ALL INFORMANTS

NN4. ¿Puede usted darme los nombres, las direcciones y los números de teléfono de dos personas que no viven con usted (FOCAL CHILD/RELATIVE) y que sabrían dónde se encontraría, en caso de querer hablar con usted en el futuro?

1. Name (Last, First, MI): \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

/ / / ENTER RELATIONSHIP CODE No sé\_\_ -8 Se negó\_\_ -9

2. Name (Last, First, MI): \_\_\_\_\_

Street: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Telephone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

/ / / ENTER RELATIONSHIP CODE No sé\_\_ -8 Se negó\_\_ -9

**Time Ended:** \_\_\_\_\_ **A.M./P.M.**

OO1. Final status of Informant interview?

Complete .....-1

Incomplete .....-2

OO9b. Completed: English .....-1

Spanish .....-2

OO10. INTERVIEWER COMMENTS:

---

---

---