

ICPSR 39038

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

Respondent Questionnaire, Wave 9 (Spanish)

Inter-university Consortium for
Political and Social Research
P.O. Box 1248
Ann Arbor, Michigan 48106
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.

ID#:/ / / / /

Study No. 36756
Date: December 2015

SP# / / / / /

Phase IX

Interviewer: Is this the same address as before? ___ Yes [1] ___ No [2]

Time Started: _____ A.M./P.M.

Interviewer _____ Date of Interview: _____

Area Code: _____ Telephone No.: _____

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. Puedo hablar con (RESPONDENT NAME). Quizás nos recuerda de la entrevista en que participaba desde hace tres años. Estamos administrando un estudio subsiguiente sobre la salud en su comunidad.

Estamos interesados particularmente en hablar con personas mayores, Mexicano-Americanos e hispanicos, sobre su salud y experiencias con el cuidado de su salud. Como usted sabe, estamos administrando esta entrevista para la Universidad de Texas en Galveston.

(INTERVIEWER: WHEN CONDUCTING PROXY INTERVIEW, QUESTIONS MARKED "P" SHOULD BE ASKED OF PROXY; "P-R" QUESTIONS, WHEN POSSIBLE, SHOULD BE ASKED OF RESPONDENT. DURING A PROXY INTERVIEW, ALL QUESTIONS REFER TO THE RESPONDENT.)

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

Nombre : _____
FIRST MIDDLE 1st LAST 2nd Last

S4.P ¿Cuándo nació Ud.? / / / - / / / - / / / / / P. / / / / /
Mes Día Año Edad en Años

PROXY ONLY

S5a.P

Para empezar, permítame asegurar que tenga su nombre (proxy) escrito correctamente (READ NAME)

Proxy name: _____
FIRST MIDDLE 1st LAST NAME 2nd LAST NAME

S5b.P Proxy's birth date: / / / - / / / - / / / / / / / / /
Mes Día Año Edad en años

S5c.P Cál es su dirección correct (Proxy):

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Don't know-888

Refused-999

S5.P ¿Qué tipo de parentesco tiene el proxy con el sujeto? / / / (Use Relationship Codes)

CODES FOR RELATIONSHIPS:

01 Respondiente es el/la jefe(a) de la casa
(for B2 only)

02 Espos(a)

03 Hijo(a) - incluya entendado(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 (ESPECIFIQUE):

13 Amigo(a)

14 Inquilino(a)

15 Empleado(a)

16 Otra persona que no es familia
(ESPECIFIQUE):

17 Cuñado(a)

888 No sé

999 Se negó

BASE: ALL RESPONDENTS

FROM OBSERVATION : **P** Sexo del entrevistado

Hombre..... 1
Mujer.....2

BASE: ALL RESPONDENTS

A10.**P** Actualmente ¿está usted casado(a), separado(a), divorciado(a), viudo(a), o nunca se ha casado?
(INCLUDE COMMON LAW MARRIAGES UNDER MARRIED)

Casado/a.....1
Viviendo juntos..... 2
Separado/a.....3
Divorciado/a..... 4
Viuda/o. 5

}

ASK Q.A11

Nunca casado/a.....6
No sé.....888
Se negó.....999

}

SKIP TO Q.B1

BASE: MARRIED/SEPARATED/DIVORCED/WIDOWED (A10/1-4)

A11.**P** ¿Por cuánto tiempo ha estado Ud. (casado/separado/divorciado/viudo)?

Años /___/___/ [RANGE 0-97]

No sé.....888
Se negó.....999

B. TIPO DE VIVIENDA

BASE: ALL RESPONDENTS

B1.P ¿Cuántas personas viven aquí en esta casa?

/ / /

No sé888

Se negó999

BASE: ALL RESPONDENTS

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

¿ Nombre y Parentesco?: _____

Relationship code: / / / (Use relationship codes from page 1)

IF ONLY 1 PERSON IN Q.B1, SKIP TO Q.B6 -ALL OTHERS ASK Q.B4

BASE: MORE THAN 1 PERSON IN HOUSEHOLD (B1>1)

B4.P Ahora quisiera saber ¿qué parentesco tienen con usted las OTRAS personas que viven aquí? (DEME POR FAVOR SU **PRIMER NOMBRE** Y CLASE DE PARENTESCO CON USTED. **DO NOT REPEAT RESPONDENT'S NAME OR HEAD OF HOUSEHOLD.** RECORD INFORMATION FOR THE FIRST SIX PEOPLE IN ANY ORDER)

Relación Clave INICIALES/PRIMER NOMBRE (Use relationship codes from Page 1)

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

/ / /

BASE: ALL RESPONDENTS

B6P. ¿Se ha mudado desde la última vez que hablamos con usted?

Sí 1

No 2

No sé888

Se negó999

G. ESTIMAR SU SALUBRIDAD

BASE: ALL RESPONDENTS

G1.P **USE SHOW CARD #1** Ahora me gustaría hacerle preguntas acerca de su salud. ¿Diría usted que su salud en general es excelente, muy buena, regular, o mala?

Excelente..... -1
Buena..... -2
Regular..... -3
Mala..... -4
No sé..... -888
Se negó..... -999

M. DIABETES

BASE: ALL RESPONDENTS

M1.P ¿Alguna vez le ha dicho un médico que usted padecía de diabetes, tiene azúcar en la orina, ó el azúcar alta en la sangre? (INTERVIEWER: IF RESPONDENT MENTIONS "GLUCOSE INTOLERANT" OR "GLUCOSE PROBLEM" OR "BORDERLINE" CODE AS "YES")

Sí -1

ASK Q.M2

No -2

No sé -888

Se negó..... -999

SKIP TO Q.P8 CAIDAS.

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M2.P ¿A qué edad le dijo un médico por primera vez que usted tiene diabetes? (IF NECESSARY: PROBE FOR AGE OR DECADE AT DIAGNOSIS TO ESTIMATE AGE OF DIAGNOSIS.)

/ / / / edad

No sé..... -888

Se negó..... -999

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M3.P ¿Actualmente está tomando medicina para la diabetes?

Sí..... 1

ASK Q.M6

Si "sí", que tipo de medicina?

(INTERVIEWER: RECORD ALL MEDICINES TAKING FOR HIGH BLOOD SUGAR, WHETHER AVAILABLE FOR INSPECTION OR NOT. BE SURE TO PROBE FOR MEDICATIONS NOT SEEN)

No..... 2

No sé..... 888

Se negó..... 999

SKIP TO Q.M8a.

BASE: TAKING MEDICINE FOR DIABETES (M3/1)

M6.P ¿Actualmente, está recibiendo inyecciones de insulina?

Sí.....1
 No.....2
 No sé..... 888
 Se negó.....999

BASE: TAKING MEDICINE FOR DIABETES (M3/1)

M6b.P ¿Actualmente está tomando píldoras o pastillas para la diabetes?

Sí..... -1
 No.....-2
 No sé.....-888
 Se negó...-999

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8a.P Debido a la diabetes, ¿ha tenido usted problemas con los riñones?

Sí..... -1
 No..... -2
 No sé..... -888
 Se negó.. -999

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8d.P Debido a la diabetes,¿Ha tenido alguna vez algún problema con sus ojos?

Sí..... -1
 No..... -2
 No sé..... -888
 Se negó.. -999

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8f.P Debido a la diabetes,¿Ha tenido usted alguna vez problemas con la circulación en las piernas o en los brazos?

Sí..... -1
 No..... -2
 No sé..... -888
 Se negó.. -999

BASE: HAVE BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE DIABETES, SUGAR IN URINE OR HIGH BLOOD SUGAR (M1/1)

M8g.P ¿Debido a la diabetes le han amputado alguna parte del cuerpo?

Sí..... -1
 No -2
 No sé..... -888
 Se negó.... -999

P. CAÍDAS

BASE: ALL RESPONDENTS

“Hablaremos acerca de las caídas o el riesgo de sufrir una caída. Caída es el acto de terminar en el piso, suelo, o nivel bajo en forma no intencional, ya sea que te lastimes o no.” Se excluye, cuando la persona que se cae y termina en una silla o en la cama.

Q.P8.P **USE SHOW CARD #2** Durante los últimos 12 meses, ¿cuántas veces sufrió una caída, terminando en el suelo o el piso?

Ninguna. -1

SKIP TO Q.P10

Una vez -2

Dos veces -3

Tres o más veces. -4

ASK Q.P9

No sé -888

Se negó -999

SKIP TO Q.P10

ASK Q.P9 IF RESPONDENT HAS FALLEN ONE OR MORE (Q.P8/2,3, OR 4). ALL OTHERS ASK Q.P10
BASE: FALLEN ONE OR MORE TIMES

BASE: FALLEN ONE OR MORE TIMES (P8/2-4)

Q.P9.P Como consecuencia de haber sufrido (esta caída/alguna de estas caídas), ¿tuvo que ir a la sala de Emergencias o al Hospital?

Sí -1

No -2

No sé -888

Se negó -999

Q.P9a.P Como consecuencia de haber sufrido (esta caída/alguna de estas) tuvo usted una lesión?

Si -1

No 2

No sé 888

Se negó 999

Si “si”. Que tipo de lesión fue:

BASE: ALL RESPONDENTS

Q.P10. **USE SHOW CARD #3** ¿Cuánto miedo tiene de caerse? ¿Diría usted que tiene

Nada -1

Poco Miedo -2

Miedo Moderado .. -3

Mucho Miedo -4

No sé -888

Se negó -999

P. Dolor

BASE: ALL RESPONDENTS

P5. En el mes pasado, ¿notó algún dolor o malestar al estar de pie ó al caminar?

Sí..... -1

ASK Q. P5a.

No -2

No sé..... -888

Se negó..... -999

SKIP TO Q.Q1a

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5a. ¿Dónde le dolía? (Multiple record, check all that apply)

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No sé</u>	<u>Se negó</u>
Espalda.....	1	2	888	999
Cadera.....	1	2	888	999
Rodillas.....	1	2	888	999
Tobillos/Pies.....	1	2	888	999
Piernas.....	1	2	888	999
Todo el cuerpo...	1	2	888	999
Otro lugar (Especifique):				

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5c. **USE SHOW CARD #4** ¿En el mes pasado, qué tanto le impidió el dolor ó el malestar sus actividades normales -- mucho, un poco o nada?

Mucho..... -1

Un poco..... -2

Nada..... -3

No sé..... -888

Se negó..... -999

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P5d. **USE SHOW CARD #4** ¿En el mes pasado, que tanto le impidió el dolor ó el malestar dormir por las noches -- mucho, un poco o nada?

Mucho..... -1

Un poco..... -2

Nada..... -3

No sé..... -888

Se negó..... -999

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P6a. ¿Ha consultado Ud. con un médico por el dolor?

Sí..... -1

No..... -2

No sé..... -888

Se negó..... -999

BASE: EXPERIENCED PAIN IN PAST MONTH (Q.P5/1)

P6b. ¿toma Ud. algo para el dolor?

Sí..... -1

No..... -2

No sé..... -888

Se negó..... -999

Q. INCONTINENCIA

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora tengo unas preguntas acerca de la orina.

Q1a. **USE SHOW CARD #5** En el mes pasado, ¿qué tan seguido o a menudo ha tenido usted dificultad en detener o controlar la orina hasta que pueda llegar al baño; nunca, casi nunca, a veces, casi todo el tiempo, o todo el tiempo?

Nunca	_____ -1
Casi nunca	_____ -2
A veces	_____ -3
Casi todo el tiempo	_____ -4
Todo el tiempo	_____ -5
Todo el tiempo (catéter o cáncer)	_____ -6
No sé	_____ -888
Se negó	_____ -999

BASE: ALL RESPONDENTS

Q12. **USE SHOW CARD #5** En el mes pasado, ¿ha perdido usted control y se ha ensuciado? (cuando Ud. no ha querido perder del control)?

Nunca	_____ -1
Casi nunca	_____ -2
Algunas veces	_____ -3
Casi siempre	_____ -4
Siempre	_____ -5
Siempre (catéter o cáncer)	_____ -6
No sé	_____ -888
Se negó	_____ -999

R. PROBLEMAS (DURMIENDO) RELACIONADO A DORMIR

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora nos gustaría obtener información a cerca de queé tan bien duerme.

R1. En el mes pasado, qué tan frecuente usted (READ EACH ITEM): (DO NOT READ CHOICES)

	<u>Nunca</u>	<u>1-3</u> <u>Días</u>	<u>4-7</u> <u>Días</u>	<u>8-14</u> <u>Días</u>	<u>15+</u> <u>Días</u>	<u>No</u> <u>Se</u>	<u>Se</u> <u>Negó</u>
a. Tuvo problemas para dormirse.....	- 0	-1	-2	-3	- 4	-888	-999
b. Despertó varias veces durante la noche.....	- 0	-1	-2	-3	-4	-888	-999
c. Tuvo dificultad para quedarse dormido (incluyendo a despertar demasiado temprano) -0	-0	-1	-2	-3	-4	-888	-999
d. Despertó después de dormir lo acostumbrado sintiéndose cansado y desganado	- 0	-1	-2	-3	-4	-888	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

R2. USE SHOW CARD #6 ¿Cómo clasificaría Ud la calidad de su sueño durante el mes pasado?

Muy bien.....1
Bien..... 2
Mala.....3
Muy mala.....4
No se.....888
Se negó..... 999

BASE: ALL RESPONDENTS

R3.P USE SHOW CARD #7 ¿En promedio, cuantas horas duerme usted en un período de 24 horas?:
(READ EACH ITEM) (ASK RESPONDENT TO INCLUDE HOURS SPENT NAPPING)

Menos de 5 horas.....1
5 horas2
6 horas3
7 horas4
8 horas5
9 horas6
10 horas o mas7
No se.....888
Se negó.....999

S. AUDICIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

S51.P Tiene usted problemas de audición?

Si	1
No	2
No sé	888
Se negó	999

S5.P Tiene usted un aparato auditivo puesto?

Sí.	-1
No.	-2
No sé.	-888
Se negó.	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

S5a.P (Con/Sin un aparato auditivo) ¿Usualmente, puede usted, oír y entender lo que las personas dicen sin verle la cara si esa persona le habla en voz normal en en cuarto callado?

Sí, sin un aparato	-1
Sí, con un aparato	-2
No	-3
El sujeto es sordo.....	-4
No Sé	-888
Se Negó	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

S5b.P ¿ Cuando fue su último examen de audición?

Dentro del último año	1
Más de un año.....	2
Nunca	3
No sé	888
Se negó	999

V. VISIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

V6.P ¿Puede mirar bien para reconocer a un amigo o a un miembro de la familia (si es aplicable, cuando usa anteojos/lentes de contacto)?(READ EACH ITEM)?

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	El sujeto es <u>Ciego</u>	<u>No</u> <u>Se</u>	<u>Se</u> <u>Nego</u>
a. A través de la calle	-1	-2	-3	-888	-999
b. A través del cuarto	-1	-2	-3	-888	-999
c. A la distancia de un brazo de lejos	-1	-2	-3	-888	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

V6a.P ¿Cuándo fue su último examen de visión?

Dentro del último año	1
Más de un año.....	2
Nunca	3
No sé	888
Se negó	999

K. HIPERTENSIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

K1.P ¿Alguna vez le ha dicho un médico que tiene la presión alta ?

Sí..... -1 }
Sospechaba/Posiblemente. -2 }

ASK Q.K4

No..... -3 }
No sé..... -888 }
Se negó..... -999 }

SKIP TO Q.GG1

BASE: HAVE EVER BEEN TOLD BY DOCTOR HAVE HIGH BLOOD PRESSURE (K1/1,2)

K4.P ¿Actualmente, está tomando alguna medicina para la presión alta?

Sí..... -1
Si "sí", que tipo de medicina?

(INTERVIEWER: RECORD ALL MEDICINES TAKING FOR HIGH BLOOD PRESSURE,
WHETHER AVAILABLE FOR INSPECTION OR NOT. BE SURE TO PROBE FOR
MEDICATIONS NOT SEEN)

No -2
No sé..... -888
Se negó..... -999

GG. PRESIÓN ARTERIAL

BASE: ALL RESPONDENTS

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

GG4.P-R First **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA__-777 Refused __-999

GG5.P-R Second **seated** blood pressure reading?

a. Systolic / / / / b. Diastolic / / / / c. Pulse / / / / NA__-777 Refused __-999

(RECORD LOWEST SYSTOLIC/DIASTOLIC READING ON NOTE CARD.)

(DO NOT REMOVE CUFF UNLESS NECESSARY.)

U. OTROS PROBLEMAS DE LA SALUD

BASE: ALL RESPONDENTS

U3.P ¿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 Se</u>	<u>Se Negó</u>
a. ¿Enfermedad de los riñones?	__-1	__- 2	__-888	__-999
b. ¿Úlcera de estomacal?	__-1	__- 2	__-888	__-999
d. ¿Enfermedad del hígado?	__-1	__- 2	__-888	__-999
f. ¿Osteoporosis?	__-1	__- 2	__-888	__-999
g. ¿Enfisema o bronquitis crónica (COPD)?	__-1	__- 2	__-888	__-999
h. ¿Enfermedad de Parkinson?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
j. ¿(Hombre) Problemas de la próstata?	__-1	__- 2	__-888	__-999
k. ¿Tiróides u otros problemas de las glándulas?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
m. ¿Anemia, cuenta de sangre baja?	__-1	__- 2	__-888	__-999
n. ¿Problemas con los ojos?	__-1	__- 2	__-888	__-999
(como cataratas, glaucoma, degeneración macular)				
q. ¿Fallo o enfermedad del corazón?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
u. Enfermedad de Alzheimer's?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
w. Problemas de memoria?	__-1	__- 2	__-888	__-999
x. ¿Artritis o reumatismo?	__-1	__- 2	__-888	__-999
y. ¿Cáncer o un tumor maligno?	__-1	__- 2	__-888	__-999
● y5. If "Sí", tipo de cáncer?				
z. ¿Pneumonía?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
I1.¿ Ha sufrido/sospechan un ataque del corazón, coronario, un infarto del miocardio, o trombosis coronaria?	__-1	__- 2	__-888	__-999
I5. "Sí": ¿Fue usted hospitalizado durante toda la noche por esto?	__-1	__- 2	__-888	__-999
J1. ¿ Ha sufrido o sospecha una apoplejía cerebral, coágulo de sangre en el cerebro, o hemorragia del cerebro?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
J5. "Sí": ¿Fue usted hospitalizado durante toda la noche por esto?	__-1	__- 2	__-888	__-999
N1.¿ Ha sufrido una fractura o una rotura de cadera?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
N5. If "Sí", ¿Fue usted hospitalizado durante toda la noche por esto?	__-1	__- 2	__-888	__-999

	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No</u> <u>Se</u>	<u>Se</u> <u>Negó</u>
N3. ¿ Ha sufrido una fractura o una rotura de otros huesos? ...	__-1	__- 2	__-888	__-999
● N4. If “Sí”, ¿cuál hueso fue?_____				
JJ9. Ha tenido reemplazo de alguna articulación?.....	__-1	__- 2	__-888	__-999
JJ9a. Si “sí”, cuál articulación fue reemplazada? _____				
JJ9b. Fue el reemplazo necesario por fractura	__-1	__- 2	__-888	__-999
JJ9c. Fue el reemplazo necesario por artritis.....	__-1	__- 2	__-888	__-999

W. COGNITIVO - MMSE

BASE: ALL RESPONDENTS

Las próximas preguntas son respecto a la memoria. Las preguntas parecen inusuales, pero son de rutina y se las preguntamos a todos. Algunas son muy fáciles y otras difíciles. No se preocupe si Ud. tiene dificultad con una u otra. (IF REFUSE TO ANSWER RECORD AS ERROR)

W1.P-R ¿Cuál es el año? (PROBE IF "No sé"; It is OK to guess.)

/ / / / / Año Correct.... -1
Error..... -0

No sé -888
Se negó -999
No aplica -666

W2.P-R ¿En qué estación del año estamos? (DO NOT READ LIST)

Primavera	-1	Correct.....	-1
Verano	-2	Error.....	-0
Otoño	-3		
Invierno	-4		
No sé	-888		
Se negó	-999		
No aplica	-666		

W3.P-R ¿Cuál es el mes?

Enero	-1	Correct.....	-1
Febrero	-2	Error.....	-0
Marzo	-3		
Abril	-4		
Mayo	-5		
Junio	-6		
Julio	-7		
Agosto	-8		
Septiembre	-9		
Octubre	-10		
Noviembre	-11		
Diciembre	-12		
No sé	-888		
Se negó	-999		
No aplica	-666		

W4.P-R ¿Cuál es la fecha?

DÍA: / / Correct.... -1 Error.... -0

No sé -888
Se negó -999
No aplica -666

W5.P-R ¿Cuál es el día de la semana?

Lunes	_____	-1	Correct.....	_____	-1
Martes.....	_____	-2	Error.....	_____	-0
Miércoles.....	_____	-3			
Jueves.....	_____	-4			
Viernes.....	_____	-5			
Sábado.....	_____	-6			
Domingo.....	_____	-7			
No sé	_____	-888			
Se negó.....	_____	-999			
No aplica	_____	-666			

W6.P-R ¿Me puede decir en dónde estamos ahora mismo? Por ejemplo, ¿en qué estado estamos?

Arizona.....	_____	-1	Correct.....	_____	-1
California.....	_____	-2	Error.....	_____	-0
Colorado.....	_____	-3			
New Mexico.....	_____	-4			
Texas.....	_____	-5			
Other: ESPECIFIQUE):	_____	-6			
No sé	_____	-888			
Se negó.....	_____	-999			
No aplica.....	_____	-666			

W7.P-R ¿En qué condado o distrito estamos?

Condado: _____ Correct. _____ -1 Error.... _____ -0

No sé _____ -888
Se negó..... _____ -999
No aplica _____ -666

W8.P-R ¿En qué ciudad o pueblo estamos?

Ciudad: _____ Correct.. _____ -1 Error.... _____ -0

No sé _____ -888
Se negó..... _____ -999
No aplica..... _____ -666

W9.P-R ¿En qué piso de este edificio estamos? / / / / Piso

Basement..	_____	-1	Correct.....	_____	-1
Ground level.....	_____	-2	Error.....	_____	-0
No sé.....	_____	-888			
Se negó.....	_____	-999			
No aplica.....	_____	-666			

W10.P-R ¿Cuál es la dirección de este domicilio? (YOU ONLY NEED STREET ADDRESS -- IF THEY REFUSE TO ANSWER RECORD AS ERROR.)

Dirección: _____

Correct..... _____ -1 Error _____ -0

No sé _____ -888
Se negó..... _____ -999
No aplica..... _____ -666

W11.**P-R** Le voy a nombrar tres cosas. Después que las diga yo, quiero que me las repita. Acuérdesse qué son, porque le voy a pedir que las repita otra vez en unos momentos.

"MANZANA"

"MESA"

"CENTAVO"

(CLEARLY AND SLOWLY, ABOUT ONE SECOND FOR EACH. AFTER YOU HAVE SAID ALL THREE, ASK THE RESPONDENT TO REPEAT THE WORDS. THE FIRST REPETITION DETERMINES THEIR SCORE, BUT CONTINUE SAYING THEM (UP TO 6 REPETITIONS) UNTIL THE RESPONDENT CAN REPEAT ALL THREE.)

	<u>Record Answers</u>	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Don't Know</u>	<u>Refused</u>	<u>Not Applicable</u>
a. Manzana	_____	-1	-0	-888	-999	-666
b. Mesa.....	_____	-1	-0	-888	-999	-666
c. Centavo	_____	-1	-0	-888	-999	-666

RECORD NUMBER OF TRIALS: / /

W12.**P-R** Ahora, quiero que usted me deletreee una palabra. La palabra es "mundo". (IF THE RESPONDENT IS UNABLE TO SPELL THE WORD "MUNDO" SPELL IT FOR HIM/HER) Ahora, deletreeme "mundo" al revés.

O D N U M

LETTERS IN CORRECT ORDER:	1.....	-1
	2.....	-2
	3.....	-3
	4.....	-4
	5.....	-5
	Analfabeto/a/No puede leer	-777
	Ninguna.....	-0
	No sé.....	-888
	Se negó.....	-999
	No aplica.....	-666

W13.**P-R** Ahora, ¿qué fueron las tres cosas que le pedí que recordara?

	<u>Record Answers</u>	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Don't Know</u>	<u>Refused</u>	<u>Not Applicable</u>
a. Manzana_____	_____	-1	-0	-888	-999	-666
b. Mesa_____	_____	-1	-0	-888	-999	-666
c. Centavo_____	_____	-1	-0	-888	-999	-666

SHOW RESPONDENT A WRIST WATCH AND ASK:

W14.**P-R** ¿Qué es esto? (IF RESPONDENT SAYS "RELOJ (de pulsera o de bolsillo)" COUNT AS CORRECT. IF REFUSES TO ANSWER RECORD AS ERROR.) (IF "CLOCK" PROBE: ¿Hay otro nombre para decirlo?) (THEN IF ONLY RESPONSE IS CLOCK, CODE AS ERROR)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Reloj	-1	-0	-7
No sé.....	-888		
Se negó.....	-999		
No aplica.....	-666		

SHOW RESPONDENT A PENCIL AND ASK:

W15.**P-R** ¿Qué es esto?

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Lápiz	-1	-0	-7
No sé.....	-888		
Se negó.....	-999		
No aplica.....	-666		

W16.**P-R** Quiero que me repita una frase: La frase es (READ THEM). (ALLOW ONLY 1 TRIAL. CODE "CORRECT" REQUIRES AN ACCURATELY ARTICULATED REPETITION. CODE CORRECT IF "S" ARE DROPPED.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>
"No hay pero que valga" ..	____ -1	____ -0
No sé.....	-888	
Se negó.....	-999	
No aplica.....	-666	

(SHOW RESPONDENT THE CARD THAT HAS PRINTED ON IT: "CIERRE LOS OJOS")

W17.**P-R** USE SHOW CARD #8 Por Favor lea las palabras en esta página y luego haga lo que dicen. (CODE "CORRECT" IF RESPONDENT CLOSES EYES.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to do</u>
Cierre los ojos	-1	-0	-7
No sé.....	-888		
Se negó.....	-999		
No aplica.....	-666		

(READ THE FOLLOWING STATEMENT AND THEN HAND THE RESPONDENT A BLANK PIECE OF PAPER WITH BOTH HANDS.)

W18.**P-R** (Gracias, por favor abra los ojos ahora) Por favor, escuche las instrucciones que le voy a dar. Le voy a dar un papel. Cuando se lo dé, tome el papel en la mano derecha, doble el papel por la mitad con las dos manos, y luego ponga el papel en el suelo/piso. (DO NOT REPEAT INSTRUCTION OR COACH.)

INTERVIEWER OBSERVATION	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>	<u>Don't Know</u>	<u>Refused</u>	<u>Not Applicable</u>
a. Takes paper in right hand.....	-1	-0	-7	-888	-999	-666
b. Folds paper in half.....	-1	-0	-7	-888	-999	-666
c. Puts paper down on the floor	-1	-0	-7	-888	-999	-666

(GIVE RESPONDENT A PIECE OF PAPER AND A PEN OR PENCIL AND ASK THE FOLLOWING)

W19.**P-R** Escriba una frase completa en este papel por favor. (MUST HAVE A VERB AND A SUBJECT AND MAKE SENSE. SPELLING AND GRAMMATICAL ERRORS ARE OK.--ATTACH SHEET TO COMPLETED SURVEY.)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>	<u>Don't Know</u>	<u>Refused</u>	<u>Not Applicable</u>
Full sentence correctly written.....	-1	-0	-7	-888	-999	-666

(HAND RESPONDENT DRAWING HOLDING IT WITH LEFT PENTAGON POINTING UP)

W20.**P-R** **USE SHOW CARD #9** Aquí está un dibujo. Por favor, copie exactamente el dibujo en el mismo papel. (MUST HAVE ALL 10 ANGLES, AND TWO PENTAGONS MUST INTERSECT. TREMOR AND ROTATION ARE IGNORED) (ATTACH SHEET TO COMPLETED QUESTIONNAIRE)

	<u>Correct</u>	<u>Error</u>	<u>Unable to Do</u>	<u>Don't Know</u>	<u>Refused</u>	<u>Not Applicable</u>
Diagram correctly copied.....	-1	-0	-7	-888	-999	-666

EI FIN DE LA SECCIÓN COGNITIVO
X. CESD

BASE: ALL RESPONDENTS

X.P-R **USE SHOW CARD #10** Ahora tengo algunas declaraciones explicando las maneras que usted se pueda haber sentido durante la semana pasada. Para 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 ó una cantidad de tiempo moderada (que sería tres o 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 Días)	Algo o Poco del Tiempo (1-2 Días)	Ocasional- mente o Tiempo Moderado (3-4 Días)	La Mayoría de o todo el Tiempo (5-7 Días)	No Sé	Se negó	No aplica
1. Me molestaron cosas que normalmente no me molestan.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
2. No tenía ganas de comer, no tenía apetito.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
3. Me sentí tan desanimado(a) que ni mi familia ni mis amigos me podían aliviar.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
4. Me sentí que valgo tanto como otras personas.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
5. Tenía problemas prestando atención a lo que estaba haciendo.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
6. Me sentí deprimido(a).....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
7. Me sentí que todo lo que hacía me costaba esfuerzo	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
8. Sentí esperanza para el futuro.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
9. Pensé que mi vida fue un fracaso.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
10. Tenía miedo.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
11. Dormí sin descansar.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
12. Yo estaba feliz.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
13. Platiqué menos de lo normal.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
14. Me sentí solo(a).....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
15. La gente no fue amistosa conmigo.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
16. Disfruté de la vida.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
17. Tenía ganas de llorar.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
18. Me sentí triste.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
19. Sentía que la gente no me quería.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666
20. No podía animarme a hacer nada.....	-0	-1	-2	-3	-888	-999	-666

BB ACTIVITIES OF DAILY LIVING

IADLS

BASE: ALL RESPONDENTS

BB1.P Ahora quisiera preguntarle acerca de algunas de las actividades diarias, cosas que todos necesitamos hacer como parte de nuestras vidas diarias. Quiero saber si Ud. puede hacer estas actividades solo(a), sin la ayuda de otra persona(s). (READ LIST)

<u>DO NOT ROTATE</u>	<u>Sí</u>	<u>No</u>	<u>No Sé</u>	<u>Se Negó</u>
a.¿Puede usted usar el teléfono sin ayuda? (incluso mirar los números y marcar)?.....	-1	___-2	___-888	___-999
b.¿Puede usted manejar su propio carro o viajar solo(a) en autobuses o en taxis?.....	-1	___-2	___-888	___-999
c.¿Puede usted ir de compras para comestibles (comida) o ropa sin ayuda (para encargarse de todo lo que necesita comprar, suponiendo que usted tiene transportación)?.....	-1	___-2	___-888	___-999
d.¿Puede usted preparar su propia comida sin ayuda [planear/cocinar sus comidas por sí mismo(a)]?.....	-1	___-2	___-888	___-999
e.¿Puede usted sin ninguna ayuda hacer los quehaceres de la casa (lavar los platos y tender la cama)?.....	-1	___-2	___-888	___-999
f.¿Puede usted sin ninguna ayuda, tomar su medicina (en las dosis correctas y a tiempo)?	-1	___-2	___-888	___-999
g.¿Puede usted sin ninguna ayuda manejar su propio dinero (escribir cheques, pagar cuentas)?	-1	___-2	___-888	___-999
h.¿Puede usted hacer trabajo pesado en casa como lavar ventanas, paredes, y pisos sin ninguna ayuda?.....	-1	___-2	___-888	___-999
i.¿Puede usted subir y bajar las escaleras al segundo piso sin ayuda?	-1	___-2	___-888	___-999
j.¿Puede usted caminar media milla sin ayuda?	-1	___-2	___-888	___-999

ADLS

BASE: ALL RESPONDENTS

BB2a.P Ahora le voy a hacer unas preguntas acerca de la ayuda que Ud. necesita para hacer ciertas cosas. Hoy en día, ¿necesita Ud. ayuda de alguna persona o de algún equipo especial o aparato para poder hacer las siguientes cosas? (READ EACH ITEM) (RECORD ANY HELP AS "HELP". REPEAT LEAD QUESTION AND RESPONSE CATEGORIES AS NECESSARY.)

(DO NOT ROTATE)	Necesita <u>Ayuda</u>	No Necesita <u>Ayuda</u>	No Puede <u>Hacerlo</u>	No Sé	Se Negó
a. Para caminar por un cuarto pequeño	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
b. Bañándose (ya sea baño de esponja, de tina, o de regadera)	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
c. Para el arreglo personal tale como cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, o lavarse la cara	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
d. Vistiéndose (como ponerse una camisa, abotonarse y cerrar un zíper, o poniéndose los zapatos)	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
e. Comiendo (como agarrando un tenedor, cortar comida o beber de un vaso)	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
f. Para levantarse de la cama a una silla	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999
g. Usando el baño (inodoro)	___-1	___-2	___-3	___-888	___-999

EE. RELIGIÓN

BASE: ALL RESPONDENTS

EE2.P. USE SHOW CARD #11 ¿Con qué frecuencia asiste Ud. a una iglesia o servicios religiosos?

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	___-888
Se negó	___-999

LIFE-SPACE

ASK EVERYONE

Nivel espacial de vida			Frecuencia				Independencia
<u>ASK EVERY LEVEL</u> Durante las cuatro últimas semanas ha estado usted.....			<u>ASK ONLY IF YES</u> <u>USE SHOWCARD #12</u> Con que frecuencia usted va a?				Usó usted algún equipo especial? Necesitó usted ayuda de otra persona?
Nivel de espacio de vida 1 Otras habitaciones de su casa además de la habitación donde usted duerme?	Si 1	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 2 Una área de su casa como el patio o el pasillo (del edificio) o en el garaje, o en su propio jardín?	Si 2	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 3 Lugares de su vecindario además de su propio jardín o su propio edificio?	Si 3	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 4 Lugares fuera de su vecindario, pero dentro de su ciudad?	Si 4	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona
Nivel de espacio de vida 5 Lugares fuera de su ciudad?	Si 5	No 0	Menos de una vez a la semana 1	1-3 veces por semana 2	4-6 veces por semana 3	Diariamente 4	1=Asistencia de otra persona 1.5=Equipo solamente 2=Ni equipo ni asistencia de otra persona

QQ. CAMINANDO

BASE: ALL RESPONDENTS

Ahora, queremos saber con qué frecuencia durante las dos semanas pasadas, usted hizo algunas de esas actividades.

QQ1. Durante las dos semanas pasadas, ¿ha caminado usted para hacer ejercicio?

Sí.....-1

ASK Q.QQ1a.

No.....-2

No sé.....-888

Se negó.....-999

SKIP TO Q.QQ2

N/A, unable to walk...-0

(... even with wheel chair or cane)

SKIP TO Q.CC3

BASE: HAS DONE WALKING FOR EXERCISE (QQ1/1)

QQ1a. En promedio, ¿cuántas veces caminó usted para ejercicio?

/__/_/ [ENTER NUMBER OF TIMES]

BASE: HAS DONE WALKING FOR EXERCISE (QQ1/1)

QQ1b. En cada ocasion, ¿por cuántos minutos estuvo usted caminando? Answer must be in the range from 1 up to 300:

/__/_/_/ [ENTER NUMBER OF MINUTES]

Codes: 1 Hour=60 min 1.5 Hour=90 min 2 Hours=120 min

2.5 Hours=150 min 3 Hours=180 min

BASE: ALL RESPONDENTS

QQ2. Durante las dos semanas pasadas, ¿ha caminado usted por cualquier otra actividad (como ir a comprar, visitar a sus vecinos, asistir a la iglesia o misa)?

Sí.....1

ASK Q.QQ2a

No.....2

No sé.....-888

Se negó.....-999

SKIP TO Q.CC3

BASE: HAS DONE OTHER WALKING (QQ2/1)

QQ2a. En promedio, ¿cuántas veces caminó usted para cualquiera otra actividad?

/__/_/ [ENTER NUMBER OF TIMES]

BASE: HAS DONE OTHER WALKING (QQ2/1)

QQ2b. En cada ocasión ¿por cuántos minutos estuvo usted caminando? Answer must be in the range from 1 up to 300:

/__/_/_/ [ENTER NUMBER OF MINUTES]

Codes: 1 Hour=60 min 1.5 Hour=90 min 2 Hours=120 min

2.5 Hours=150 min 3 Hours=180 min

CC. SATISFACCION DE VIDA/ SOLEDAD

BASE: ALL RESPONDENTS

CC3. **USE SHOW CARD #13** 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), o no está satisfecho(a)

Completamente satisfecho(a).....	-1
Muy satisfecho(a).....	-2
Un poco satisfecho(a)	-3
No está satisfecho(a)	-4
No sé.....	-888
Se negó.....	-999

BASE: ALL RESONDENTS

Las siguientes preguntas representan cómo se siente Ud. sobre varios aspectos de su vida. Para cada una, por favor dígame con qué frecuencia se siente en esta manera.

USE SHOW CARD #14

CC4a. ¿Con qué frecuencia se siente que le falta compañía?

Muchas veces	-1
Algunas veces	-2
Casi nunca	-3
No sé	-888
Se negó	-999

CC4b. ¿Con que frecuencia se siente que Ud. está excluido(a)?

Muchas veces	-1
Algunas veces	-2
Casi nunca	-3
No sé	-888
Se negó	-999

CC4c. ¿Con que frecuencia se siente que Ud. está aislado(a) de otras personas?

Muchas veces	-1
Algunas veces	-2
Casi nunca	-3
No sé	-888
Se negó	-999

LL. ESFUERZO RELACIONADO CON FINANZAS

(INTERVIEWER: ASK FOR LAST CALENDAR YEAR)

BASE: ALL RESPONDENTS

LL5a. **USE SHOW CARD #15** ¿Qué tan difícil se le hace cubrir las cuentas que usted tiene que pagar mensualmente-- muy difícil, poco difícil, no muy difícil o nada difícil?

Muy difícil.....	-1
Un poco difícil.....	-2
No muy difícil.....	-3
Nada difícil.	-4
No sé	-888
Se negó.....	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

LL5b. **USE SHOW CARD #16** Al final del mes, ¿diría usted que le sobra algo de dinero, a penas le alcanza para cubrir lo que debe o no tiene suficiente para cubrir sus gastos?

Le sobra algo de dinero	-1
Apenas le alcanza para cubrir	-2
No tiene suficiente para cubrir sus gastos..	-3
No sé	-888
Se negó	-999

BASE: ALL RESPONDENTS

LL6. ¿Es ud. dueño de su propia casa?

Sí.....	1
No.....	2
No sé.....	888
Se negó.....	999

CC. LIFE EVENTS

ASK EVERYONE

CC1 Here is a list of things which sometimes happen to people and might have an effect on their health. As I read the list, stop me whenever I mention something that happened to you in the past three months.

(READ LIST)

<u>DO NOT ROTATE</u>	<u>Si</u>	<u>No</u>	<u>No sé</u>	<u>Se negó</u>
b. Ha sufrido alguna enfermedad ó lesión que le impidió hacer sus actividades normales (trabajo, labores domésticas) por una semana ó más?	1	2	888	999
c. Se ha muerto algún familiar o amigo íntimo?	1	2	888	999
o. Ha comido menos de lo normal?	1	2	888	999
Si respondió, "Si", es esto:				
o1. ... por falta de apetito?.....	1	2	888	999
o2. ...porque tiene dificultad para masticar?...	1	2	888	999
o3. ...porque tiene dificultad para tragar?.....	1	2	888	999
o4. ...porque tiene mucho dolor?.....	1	2	888	999

KK. USO DE SERVICIOS PARA LA SALUD

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

BASE: ALL RESPONDENTS

KK2.P ¿ Sin incluir algunas veces que usted haya sido hospitalizado o haya estado en una residencia de ancianos de un día para otro, ¿cuántas veces, en los doce meses pasados, 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.)

Of Times

No sé

Se negó

/ / / /

____-888

____-999

BASE: ALL RESPONDENTS

CC1a.P Desde(fecha de hace un año) ¿ha experimentado una enfermedad o herida (se ha enfermado o lesionado) que le ha requerido pasar una noche o más en el hospital (no una casa de cuidado o asilo de ancianos)?

Si-1

Si "Sí" ¿Cuántas veces fue hospitalizado? _____

No-2

No sé-888

Se negó-999

HH. EVALUACIÓN DE MOBILIDAD (POMA)

Ahora continuemos con una parte más activa de la entrevista. Como usted sabe, ciertos movimientos de su cuerpo le serán más difíciles al envejecer. Ahora quiero que trate usted de hacer algunos movimientos de su cuerpo en los que tiene que mover los brazos o las piernas.

Primero, le describiré y le enseñaré cómo hacer cada movimiento. Luego me gustaría que usted trate de hacerlo. Si no puede hacer cierto movimiento o cree que es peligroso hacerlo, dígamelo y continuaremos con otro. Quiero hacer énfasis en que no quiero que haga ningún ejercicio que crea usted que es peligroso o que pueda causarle algún daño. ¿Tiene usted algunas preguntas antes de que empecemos? (PAUSE AND RESPOND TO ANY QUESTION THAT IS RAISED.) O.K. Vamos a comenzar. Primero le demostraré, y luego le voy a pedir que trate de hacer el ejercicio.

INTERVIEWER: PLEASE OBSERVE THE RESPONDENT AND RECORD YES OR NO:

HHA. Is Respondent bedridden?	Sí -1	SKIP TO HH7A. HANDGRIP
	No..... -2	ASK HHB
HHB. Is Respondent unable to stand with support?	Sí -1	SKIP TO HH7A. HANDGRIP
	No..... -2	ASK HHC
HHC. Is Respondent only able to stand with support?	Sí -1	ASK HH10. GAIT/WALK
	No..... -2	ASK HHD
HHD. Does Respondent use a wheel chair?	Sí -1	ASK HH10 GAIT/WALK IF CAN WALK WITH AID OF WHEEL CHAIR. OTHERWISE SKIP TO HH7A HAND GRIP
	No..... -2	ASK HH1. STANDS

IF NO TO ALL ABOVE ITEMS, ASK HH1. STANDS

EJERCICIOS - QUEDANDO DE PIE

(INTERVIEWER: MAKE SURE THERE IS A SOLID OBJECT (LIKE A CHAIR OR TABLE) THAT THE RESPONDENT CAN USE TO HOLD ON TO FOR BALANCE OR SUPPORT, IF THEY NEED IT, AT THE START OF EACH EXERCISE. IF RESPONDENT SAYS, "I CAN TRY", PROCEED WITH EXERCISE.)

QUEDANDO DE PIE CON LOS PIES DE LADO A LADO (OJOS ABIERTOS)

HH1. **P-R** Quiero que trate de permanecer parado(a) con los pies juntos, de lado a lado, por diez segundos. (DEMONSTRATE THE SIDE-BY-SIDE POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero trate de no mover los pies. Procure conservarse en esta posición o postura hasta que yo le indique que pare. ¿Están claras las instrucciones que le acabo de explicar?

- STAND NEXT TO THE RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE SIDE BY SIDE POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT'S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET TOGETHER, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER TEN SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: / / . / (IF HELD FOR 10 SECONDS, ASK Q. HH2)
(IF LESS THAN 10 SECONDS, SKIP TO Q.HH5a)

Tried but unable	-111
Not attempted, interviewer felt unsafe.....	-222
Not attempted, respondent felt unsafe	-333
Refused	-999

SKIP TO Q HH5a

ASK Q.HH2 IF RESPONDENT WAS ABLE TO HOLD STAND FOR 10 SECONDS (Q.HH1)

ESTANDO DE PIE, UN PIE TRAS MITAD DEL OTRO (OJOS ABIERTOS)

HH2. P-R Ahora me gustaría que trate de permanecer parado(a) con el talón tocando el dedo gordo del otro pie por diez segundos. Usted puede usar cualquier pie con el que se sienta mejor. (DEMONSTRATE THE SEMI-TANDEM POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas, o mover el cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Trate de mantenerse en esta posición hasta que yo le indique que pare. ¿Está claro lo que acabo de explicar?

- STAND NEXT TO RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE SEMI-TANDEM POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT’S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET IN THE SEMI-TANDEM POSITION, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER 10 SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: / / . / (IF HELD FOR 10 SECONDS, ASK Q.HH3)
(IF LESS THAN 10 SECONDS, SKIP TO Q.HH5a)

Tried but unable	-111	} <div>SKIP TO Q HH5a</div>
Not attempted, interviewer felt unsafe	-222	
Not attempted, respondent felt unsafe	-333	
Refused	-999	

ASK Q.HH3 IF RESPONDENT WAS ABLE TO HOLD PREVIOUS STAND FOR 10 SECONDS

ESTANDO DE PIE, UNO TRAS OTRO (OJOS ABIERTOS)

HH3. **P-R** Ahora quiero que trate de permanecer parado(a) con el talón de un pie enfrente del otro tocando los dedos de los pies con el otro pie por unos diez segundos. Usted puede usar cualquier pie con el que se sienta mejor. (DEMONSTRATE THE TANDEM POSITION FOR THE RESPONDENT.)

Usted puede usar los brazos, doblar las rodillas, o mover su cuerpo para mantener su equilibrio o balance, pero procure no mover los pies. Trate de mantenerse en esta posición hasta que yo le indique que pare. ¿Está claro lo que acabo de explicar?

- STAND NEXT TO RESPONDENT TO HELP HIM/HER INTO THE TANDEM POSITION.
- SUPPLY JUST ENOUGH SUPPORT TO THE RESPONDENT'S ARM TO PREVENT LOSS OF BALANCE.
- WHEN THE RESPONDENT HAS HIS/HER FEET IN THE TANDEM POSITION, ASK THE RESPONDENT IF HE/SHE IS READY.
- THEN LET GO AND START TIMING AS YOU SAY START.
- STOP THE STOP-WATCH AND SAY STOP AFTER 10 SECONDS OR WHEN THE RESPONDENT STEPS OUT OF POSITION. RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND IF STEPS OUT EARLY.

Number of seconds held: / / . / /

Tried but unable-111
Not attempted, interviewer felt unsafe-222
Not attempted, respondent felt unsafe-333
Refused-999

LEVANTÁNDOSE DE UNA SILLA, VARIAS VECES

HH5a. **P-R** Ahora quiero que trate de levantarse y sentarse en una silla cinco veces. ¿Se siente usted cómodo(a) y seguro(a) de sí mismo(a) para tratar de levantarse de la silla sin usar los brazos, cinco veces rápidamente?

Sí.....-1

SKIP TO Q. HH5d

No.....-2

ASK Q. HH5b

No sé.....-888

SKIP TO Q. HH5d

Se negó....-999

SKIP TO Q. HH10

BASE: UNSAFE TO DO REPEATED CHAIR STANDS (Q.HH5a/2)

HH5b. **P-R** ¿Por qué cree usted que es peligroso o se siente inseguro?

No puede sostenerse de pie solo. -1

Problemas con la columna/espalda -2

Problemas con las piernas -3

Problemas con las rodillas -4

El vértigo. -5

Miedo -6

Artritis. -7

GO TO Q HH5c

No sé.....-888

Se negó.....-999

OTHER: (RECORD VERBATIM)..... -0

SKIP TO Q HH10

BASE: SAFE TO DO REPEATED CHAIR STANDS OR UNSURE (Q.HH5a/1,888)

HH5d.**P-R** DEMONSTRATE REPEATED CHAIR STAND TO RESPONDENT. Conserve o mantenga sus brazos cruzados sobre el pecho. Por favor, póngase de pie y quédese derecho(a) tan rápidamente como pueda, cinco veces sin hacer pausas. Después de cada vez que se levante, siéntese y párese de nuevo. Yo le marcaré el tiempo con mi cronómetro. Por favor, comience cuando le diga "¿Listo(a)? De pie."

* WHEN RESPONDENT IS PROPERLY SEATED, SAY READY, STAND, AND BEGIN TIMING.

* COUNT OUT LOUD AS HE/SHE ARISES EACH TIME, UP TO FIVE.

* **STOP THE STOPWATCH WHEN HE/SHE HAS STRAIGHTENED UP COMPLETELY THE FIFTH TIME AND ALL BODY MOVEMENT HAS CEASED.**

* IF THE RESPONDENT SITS DOWN AFTER THE FIFTH STAND-UP, STOP TIMING AS HE/SHE BEGINS TO SIT DOWN.

Completed: Sí... -1

SKIP TO Q HH5f

No-0

Se negó.....-999

ASK Q HH5c

BASE: REPEATED CHAIR STANDS NOT COMPLETED (Q.HH5d/0,999) OR NOT ATTEMPTED (Q.HH5b/1-7)
HH5c.**P-R** Reason not completed **five** chair stands

Tried but unable	-1	} <div>SKIP TO Q HH10</div>
Not attempted, safety reasons	-2	
Not attempted, chair bound	-3	
Not attempted, other (ESPECIFIQUE):	-4	
Refused	-999	

BASE: COMPLETED 5 CHAIR STANDS (Q.HH5d/1)
HH5f.**P-R** Time to **complete all 5** chair stands? RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND

 / / / . / / Seconds

HH5g.**P-R** Chair height (inches from floor to top of the back of the seat or seat cushion)? RECORD TO NEAREST QUARTER INCH.

 / / / . / / / Inches

EVALUACIÓN DEL PASO

Caminando (Eight Feet)

(IF RESPONDENT IS UNABLE TO WALK, EVEN WITH AN AID SUCH AS A CANE, WALKER, OR LEANING ON A WHEELCHAIR, SKIP TO Q.HH7a.)

HH10. **P-R** Ahora vamos a observar como camina normalmente. Si acaso usted usa bastón u otra ayuda para caminar y se sentiría más a gusto con eso, entonces usted puede usarla.

EXTEND THE RULER OR TAPE TO THE EIGHT FOOT LENGTH AND PLACE IT ON THE FLOOR AT THE SIDE ON AN AREA WHICH OFFERS AT LEAST 10 FEET AND IDEALLY 12 FEET OF WALKING SPACE. IF POSSIBLE THIS SHOULD BE A UNIFORM WALKING SURFACE.

Este es nuestro campo para caminar. Yo quiero que usted camine hasta el fin del campo a su velocidad normal, tal como si fuera caminando por la calle para ir a la tienda. Yo quiero que usted camine todo el campo pasando al otro fin de la regla antes de que se detenga y no camine despacio cuando se acerque al fin de la regla. Yo caminaré con usted. (DEMONSTRATE THE WALK FOR THE RESPONDENT.)

Cuando quiera que comience yo le diré: "Listo(a)? comience."

- HAVE THE RESPONDENT STAND WITH BOTH FEET TOGETHER AT THE END OF THE RULE.
- WHEN THE RESPONDENT IS PROPERLY POSITIONED AT STARTING LINE, SAY "READY, BEGIN".
- START STOP-WATCH AS THE RESPONDENT BEGINS WALKING, AND STOP TIMING WHEN ONE OF THE RESPONDENT'S FEET IS ALL THE WAY ACROSS THE END LINE.
- WALK BESIDE THE RESPONDENT.
- RECORD THE NUMBER OF STEPS REQUIRED TO COMPLETE EIGHT FEET.
- RECORD TO NEAREST TENTH OF A SECOND.

a. Completed? Sí.....-1

ASK Q HH10b

No2

Se negó.....-999

SKIP TO QHH10d

BASE: WALK COMPLETED (Q.HH10a/1)

b. Seconds to complete? / / . / /

c. Number of steps? / / /

SKIP TO Q.HH10e

BASE: WALK NOT COMPLETED (Q.HH10a/2,9)

d. Reason walk not completed?

Tried but unable-1
Not attempted, interviewer felt unsafe.....-2
Not attempted, respondent felt unsafe-3
Not applicable.....-666
Refused-999

SKIP TO QHH7a

BASE: WALK COMPLETED (Q.HH10a/1)

e. Aids for walk?

No aid-1
Wheelchair (as walking aid)-2
Walker-3
Quad cane-4
Other cane-5
Other walking cane.....-6

HH12a.**P-R.** Any difficulty finding 12 foot space for walking?

Si-1
No-2

HH12b.**P-R.** Type of walking surface?

Uncarpeted-1
Low carpet-2
Other (ESPECIFIQUE)
.....-3

FUERZA DE APRETAR

(SUBJECTS 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. **P-R** En el primer ejercicio voy a usar este instrumento, que se llama Dinamómetro, para probar la fuerza de la mano en la que ud. tenga 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 QII1b
No	___-2	
No sé.....	___-888	ASK Q.HH7b
Se negó.....	___-999	

BASE: HAVE NOT HAD SURGERY ON HAND OR ARM (Q.HH7a/2,888,999)

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

HH7b. **P-R** Me gustaría que con el brazo que cree usted que 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

<u>TRIAL 1</u>	<u>TRIAL 2</u>
____/____/____ . ____/____ kg.	____/____/____ . ____/____ kg.
Unable/Discontinued -666	Unable/Discontinued -666
Not performed for safety reasons -777	Not performed for safety reasons -777
Refused -999	Refused -999

HH7c. **P-R** Hand tested?

La mano derecha	-1
La mano izquierda	-2
Not applicable.....	-3

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

5.....	-1
6.....	-2
7.....	-3

II. PESO

BASE: ALL RESPONDENTS

II1b. **P-R** Ahora veamos cuánto pesa usted.

Weight (to nearest pound) / / / / Pounds

No puede estar de pie -888

Se negó..... -999

ASK II1d

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

II11d.**P-R.** 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

Se negó -999

II11c.**P-R.** INTERVIEWER: TYPE OF SURFACE.

Uncarpeted-1

Low carpet-2

Other (ESPECIFIQUE)

.....-3

Reported Weight-4

JJ. MEDIDA DE LA CINTURA

BASE: ALL RESPONDENTS

(SKIP IF BEDRIDDEN)

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

* STAND BESIDE RESPONDENT.

* 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 MILIMETER. (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

CASA DE REPOSO

BASE: ALL RESPONDENTS

KK6.P ¿Ha estado Ud./el sujeto (nombre) _____ en un asilo, casa de reposo o en centro de ayuda asistida en donde Ud./él/ella haya recibido ayuda con actividades diarias, por ejemplo, preparación de comida, lavarse o vestirse, o con el uso del baño?

Sí

1



ASK KK 6a/6b

No

2

No sé

888

Se negó

999

BASE: EVER BEEN IN NURSING HOME (KK6/1)

KK6a.P ¿Cuándo ingresó Ud./él/ella en el lugar?

/__/_/__/_/

Año de ingreso

No sé 888

Se negó 999

BASE: EVER BEEN IN NURSING HOME (KK6/1)

KK6b.P ¿Cuánto tiempo estuvo Ud./él/ella en el lugar?

/__/_/__/_/

OR

/__/_/__/_/

OR

/__/_/__/_/

Número de días

Número de años

Número de Meses

No sé 888

Se negó 999

NN. INFORMACION COMPLEMENTARIA

NN1. P ¿Cuál es su número de teléfono? / / / / - / / / / - / / / / /
 No tiene teléfono-1
 No sé-888
 Se negó-999

NN2. P ¿Cuál es su dirección correcta?

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

No sé__ -888 Se negó__-999

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

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

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

Sí-1
 No-2
 No sé-888
 Se negó-999

ASK Q.NN3b

SKIP TO Q.NN4

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

NN3b. P ¿A donde está planeando cambiar de domicilio?

No sé.....-888 Se negó.....-999

BASE: ALL RESPONDENTS

NN4. P ¿Puede usted darme los nombres, las direcciones, y los números de teléfono de dos personas que no viven con usted 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__ -888 Se negó__ -999

2. Name (Last, First, MI): _____

Street: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: (_____) _____

/ / / / ENTER RELATIONSHIP CODE No sé__ -888 Se negó__ -999

TIME ENDED: _____ A.M./P.M.

OO. INTERVIEWER OBSERVATIONS/COMMENTS

OO12. Type of housing: (INTERVIEWER PLEASE CHECK ONE)

Single-1
 Multi-family house-2
 Apartment.....-3
 Assisted living-4
 Congregate housing-5
 Group quarters-6
 Other (ESPECIFIQUE):
-7

OO2. Was someone else present during the interview?

Yes-1
 No-2
 Don't know.....-888
 Refused-999

OO8. Why were some or all of the physical measures not attempted?

	<u>Yes</u>	<u>No</u>	<u>Not Applicable</u>
a. Respondent is bedridden.....-1	-1	-2	-666
b. Respondent cannot stand even with support-1	-1	-2	-666
c. Respondent needs support when standing (walker, crutch)-1	-1	-2	-666
d. Respondent cannot understand what to do, even when demonstrated.....-1	-1	-2	-666
e. Respondent is blind-1	-1	-2	-666
f. Respondent was dizzy.....-1	-1	-2	-666
h. Respondent is paralyzed -1	-1	-2	-666
i. Respondent is deaf..... -1	-1	-2	-666
g. Other reasons -1	-1	-2	-666

Especifique _____

ALL ANSWER

OO9a. Completed: Respondent only-1
Proxy only-2
Both (long proxy version).....-3

OO9b. Completed: English-1
Spanish.....-2

OO9c. REASON FOR PROXY: (CHECK ALL THAT APPLY)

Subject physically ill or recovering from hospital-1
Subject was deaf-2
Subject away indefinitely-3
Sample subject is mentally incapacitated, or has memory problems such
as dementia or Alzheimer's Disease.....-4
Denied access to nursing home-5
Other (ESPECIFIQUE)-6
.....-6

INTERVIEWER ANSWER ONLY IF THIS IS A PROXY: DO NOT ASK SUBJECT

OO9d. Is the PROXY a caregiver of the respondent?

Yes..... 1
No 2

OO10. INTERVIEWER COMMENTS:

OO11. ADDITIONAL INTERVIEWER COMMENTS:
