



Encuesta de Adultos Mayores del Condado de Napa
(Personas mayores de 60 años)

Devuelva la encuesta contestada a:
NOAA Survey
ATTN: Erika Tavakoli
Providence Community Health Foundation Napa Valley
414 South Jefferson St.
Napa, CA 94559

¡Bienvenidos!

Gracias por responder la encuesta de Evaluación de Necesidades de los Adultos Mayores del Condado de Napa (NOAA). En septiembre de 2022, la Junta de Supervisores del Condado de Napa reconoció que la pandemia por COVID-19 afectó de manera importante a los adultos mayores (mayores de 60 años) de nuestro condado. Los Supervisores votaron por trabajar con varias organizaciones para evaluar las necesidades de nuestros adultos mayores, a la luz de la pandemia, y por elaborar un plan de acción para identificar maneras para mejorar la resiliencia entre los adultos mayores y asegurar que estemos mejor preparados para catástrofes en el futuro.

Es sumamente importante que **todos los adultos mayores del Condado de Napa** respondan la encuesta. Ya sea que viva aquí todo el tiempo o parte del tiempo, necesitamos sus comentarios para ayudar a nuestra comunidad a planear programas y servicios para cubrir las necesidades de todos a medida que envejecemos.

Le tomará aproximadamente una hora responder a esta encuesta, una inversión de tiempo importante para mejorar las vidas de los adultos mayores en su comunidad. Tenga en cuenta que esta encuesta no le pide que se identifique por nombre, así que no sabremos cuáles fueron sus respuestas. Valoramos su privacidad y le aseguramos que todas las respuestas serán anónimas.

Si usted es un ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS, responda las siguientes preguntas para SÍ MISMO. Si está completando esta encuesta EN NOMBRE DE OTRO ADULTO MAYOR DE 60 AÑOS, responda las siguientes preguntas para dicho ADULTO MAYOR. Responda la encuesta a más tardar el **30 de junio de 2023 a las 11:59 pm.**

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros en info@NapaOlderAdultsAssessment.org o llámenos al 707-253-4248. Gracias por invertir tiempo para asegurar que las voces de los adultos mayores del Condado de Napa se escuchen.

Para obtener más información sobre la Evaluación de Adultos Mayores del Condado de Napa (NOAA) o para registrarse para participar en un próximo grupo de enfoque, visite <https://communityhealthnapavalley.org/noaa/>

Tenga en cuenta que: Las preguntas con * son obligatorias.

Demografía

Antes de empezar, hablemos sobre usted.

1. *En qué parte del Condado de Napa vive?

(Seleccione la opción que esté más cerca de su lugar de residencia)

- American Canyon
- Angwin
- Berryessa/Moskowitz Corner
- Calistoga
- Deer Park
- Napa (incluido Silverado Resort)
- Oakville
- Pope Valley
- Rutherford
- St. Helena
- Yountville

2. *¿Qué edad tiene usted o la persona para la que está respondiendo la encuesta?

(Seleccione una opción)

- 60-64
- 65-69
- 70-74
- 75-79
- 80-84
- 85-89
- 90 o más

3. *¿Cuántos años han vivido en el Condado de Napa?

(Seleccione una opción)

- Menos de 2 años
- 2-5 años
- 6-10 años
- 11-20 años
- Más de 20 años

4. *¿De qué raza o grupo étnico se considera parte?

(Seleccione una opción)

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Indígena americano y nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái y de otras islas del Pacífico
- Hispano o latino
- Dos o más grupos
- Otro [especifique]: _____
- Prefiero no decir

5. *¿Que género lo describe mejor?

(Seleccione una opción)

- Hombre
- Mujer
- No binario
- Transgénero
- Otro [especifique]: _____
- Prefiero no decir

6. *Identifique el ingreso total que se recibió en su hogar en los últimos 12 meses:

(Seleccione una opción)

- Menos de \$10,000
- \$10,000-\$14,999
- \$15,000-\$24,999
- \$25,000-\$34,999
- \$35,000-\$49,999
- \$50,000-\$74,999
- \$75,000-\$99,999
- \$100,000-\$149,999
- \$150,000-\$199,999
- \$200,000 o más
- No lo sé
- Prefiero no decir

7. *¿Cuál es su estado civil?

(Seleccione una opción)

- Divorciado
- En una relación seria, pero no casado
- Casado
- Soltero, nunca me casé
- Viudo
- Prefiero no decir

8. * ¿Cómo describiría su orientación sexual?

(Seleccione una opción)

- Heterosexual
- Homosexual (gay, lesbiana)
- Bisexual, pansexual o queer
- Prefiero no decir
- Otro [especifique]: _____

9. *¿Cuál es el mayor nivel educativo que ha completado?
(*Seleccione una opción*)

- Bachillerato trunco o menos
- Bachillerato o GED
- Algunos créditos universitarios, sin título
- Capacitación comercial, técnica o vocacional
- Grado de asociado
- Licenciatura
- Maestría
- Título profesional
- Grado doctoral
- Prefiero no decir

10. *¿Ha formado parte de la milicia de Estados Unidos?
(*Seleccione una opción*)

- Sí
- No
- No lo sé

Pase a la siguiente página

Calidad general de la comunidad

11. Califique cada uno de los siguientes aspectos de su calidad de vida en su comunidad y el Condado de Napa:

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Malo</i>	<i>No sé</i>
Mi comunidad es un buen lugar para vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mi comunidad es un buen lugar para jubilarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
El sentido de <i>comunidad</i> en mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
La calidad de vida general en mi comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. En una escala del 1 al 10, ¿cómo describiría su calidad de vida en general?
1 significa malo y 10 significa excelente. (circule una opción)

<i>Malo</i>									<i>Excelente</i>
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Salud y bienestar

13. Califique cada uno de los siguientes en cuanto a la salud y bienestar general de los adultos mayores de su comunidad:

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Malo</i>	<i>No sé</i>
Disponibilidad de opciones de atención de largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de opciones de atención diurna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de atención de salud física de calidad accesible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de atención de salud mental de calidad accesible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de servicios médicos de prevención (p. ej., exámenes médicos, vacunas contra influenza, talleres educativos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



14. ¿Un médico le ha diagnosticado cualquiera de las siguientes afecciones?
(*Seleccione todas las que correspondan*)

- Alcoholismo
- Alzheimer u otro tipo de demencia
- Artritis
- Asma
- Trastorno del espectro autista
- Bipolar
- Cáncer
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- (EPOC)Dolor crónico
- Impacto de largo plazo relacionado con la covid (niebla por covid, etc.)
- Depresión o ansiedad
- Diabetes Drogadicción
- Cardiopatía
- Insuficiencia cardiaca
- Hipertensión
- VIH/SIDA
- Enfermedades neurológicas (Parkinson, ALS, MS, etc.)
- Obesidad
- Osteoporosis
- Trastorno por estrés postraumático (PTSD)
- Esquizofrenia u otros trastornos psicóticos
- Accidente cerebrovascular
- Lesión cerebral traumática
- Otro [especifique]: _____
- Ninguno de los anteriores

15. ¿Ha recibido al menos una dosis de vacuna contra la covid-19?
(*Seleccione una opción*)

- Sí [VAYA AL #17]
- No [VAYA AL #16]
- No lo sé [VAYA AL #17]
- Prefiero no decir [VAYA AL #17]



16. Si no, ¿por qué no se ha vacunado contra covid-19?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Me preocupan los posibles efectos adversos
- Me preocupa el costo
- El médico no me lo ha recomendado
- El medico me recomendó que no me vacunara por motivos médicos
- No creo necesitar una vacuna contra covid-19
- No sé si la vacuna contra covid-19 me protegerá
- No creo que la covid-19 sea una gran amenaza
- No confío en las vacunas contra covid-19
- No confío en el gobierno
- Miedo a las agujas
- No sé dónde vacunarme
- Planeo esperar para ver si es segura
- Otro [especifique]: _____

17. En promedio, ¿cuántas veces a la semana hace ejercicio, incluido caminar durante 20 minutos o más?

(Seleccione una opción)

- Menos de 1 vez
- 1-2 veces
- 3-5 veces
- 6 o más veces

18. En las últimas doce semanas, ¿cuánto interfirió el dolor con sus actividades normales?

(Seleccione una opción)

- Para nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Mucho

19. En las últimas dos semanas, qué tan seguido se ha sentido:

(Marque todas las opciones que correspondan)

	<i>Siemp re</i>	<i>Casi siempre</i>	<i>A veces</i>	<i>Un poco</i>	<i>Nunca</i>
En paz y en calma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con energía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desanimado y deprimido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdió el interés en las actividades que disfrutaba	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aislado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ignorado por la sociedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Con esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Creativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. ¿Qué formas de seguro médico tiene?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Medi-Cal [VAYA AL #22]
- Medicare [VAYA AL #22]
- Medicare Advantage [VAYA AL #22]
- Medicare Part D (cobertura de medicamentos recetados) [VAYA AL #22]
- Seguro complementario de Medicare/Plan Medigap (Incluye las partes C, F, G, N, L, o K)
- Kaiser, Sharp, u otra HMO (Organización para el mantenimiento de la salud) [VAYA AL #22]
- Seguro privado* [VAYA AL #22]
- Seguro pagado por su empleador [VAYA AL #22]
- Tricare [VAYA AL #22]
- Ninguno – No tengo seguro médico [VAYA AL #21]
- No lo sé [VAYA AL #22]
- Otro [especifique]: _____ [VAYA AL #22]

**(Ejemplos: Aetna, Anthem Blue Cross, Blue Shield, Cigna, HealthNet, United Healthcare, Western Health Advantage, etc.)*

21. ¿Por qué no tiene seguro médico?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No lo puedo pagar
- No sé cómo inscribirme
- No califico para Medicare
- No soy elegible (p.ej.: estatus migratorio)
- Otro [especifique]: _____

22. ¿Puede encontrar un médico de atención primaria o familiar que acepte su seguro cerca de donde vive?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

23. ¿Su proveedor de atención primaria o médico familiar usa un lenguaje que usted puede entender con facilidad?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No tengo un proveedor de atención familiar

24. ¿Tiene acceso a atención dental?

(Seleccione una opción)

- Sí [VAYA AL #26]
- No [VAYA AL #25]
- No lo sé [VAYA AL #26]

25. Si respondió no, ¿qué obstáculos hay para que reciba atención dental?
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Ansiedad
- No lo puedo pagar
- No sé dónde recibir atención dental
- No creo necesitar atención dental
- Barreras de idioma o comunicación
- Falta de consultorios dentales accesibles para discapacitados
- No hay proveedores de atención dental cerca de donde vivo
- Barreras de transporte
- Toma demasiado tiempo
- Otro [especifique]: _____
- Ninguno de los anteriores

26. ¿Necesitas ayuda para administrar sus medicamentos?
(Seleccione una opción)

- Sí [VAYA AL #27]
- A veces [VAYA AL #27]
- No [VAYA AL #28]
- No lo sé [VAYA AL #28]

27. ¿Qué hace que necesite ayuda para tomar sus medicamentos?
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Me cuesta trabajo dar seguimiento a mis medicamentos
- Me cuesta trabajo leer o ver la información en las botellas
- Me cuesta trabajo entender y manejar los efectos adversos
- Necesito ayuda para tomar o administrar mis medicamentos
- Necesito recordatorios para tomar mis medicamentos
- Otro [explique]: _____

28. En el último año, ¿cuánto tiempo invirtió en cada uno de los siguientes?
(Seleccione una opción)

	<i>0 días</i>	<i>1-2 días</i>	<i>3-5 días</i>	<i>6 o más días</i>	<i>No lo sé</i>
Como paciente en el hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
En un centro de atención de largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(incluido un centro de enfermería o un centro de rehabilitación para pacientes internados)



29. ¿Qué tanto confía en su equipo médico?

(Seleccione una opción)

- Confío totalmente
- Confío mucho
- Confío relativamente
- No confío mucho
- No confío para nada
- No tengo un equipo médico
- No lo sé

30. ¿Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones?

(Marque las opciones que correspondan)

	<i>Totalmente de acuerdo</i>	<i>De acuerdo</i>	<i>En desacuerdo</i>	<i>Totalmente en desacuerdo</i>	<i>No lo sé</i>
Tengo suficientes alimentos para comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo pagar la comida que necesito/quiero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tengo acceso a alimentos nutritivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso bancos de alimentos, despensas, o programas de comidas para tener suficientes alimentos <i>(es decir, Meals on Wheels, comer en centros para adultos mayores)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

31. ¿Qué bancos de alimentos, despensas o programas de comidas ha usado en los últimos 3 años?

(Opcional)

32. ¿Se siente seguro física y emocionalmente donde vive?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

33. ¿Se siente seguro física y emocionalmente en su comunidad?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

34. En los últimos dos años, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Ser víctima de un delito [VAYA AL #35]
- Ser víctima de fraude o estafa [VAYA AL #35]
- Ser víctima de abuso físico o emocional [VAYA AL #35]
- Otro [especifique]: _____ [VAYA AL #35]
- No he experimentado ninguna de estas cosas [VAYA AL #36]

35. ¿A quién le contó su experiencia?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Familiares o amigos
- Asesor, médico, consejero espiritual
- Autoridades
- Servicios de protección para adultos del Condado de Napa
- Nadie
- Otro [especifique]: _____

Vida independiente

36. ¿Alguno de los siguientes limita sus actividades diarias?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Dificultad para escuchar
- Miedo a caerse
- Miedo a salir de casa
- Dificultad para respirar
- Dificultades con la memoria
- Limitaciones de movimiento
- Dolor
- Dificultad para ver
- Otro [especifique]: _____
- Ninguno

37. ¿Tiene dificultades para hacer alguna de las siguientes actividades diarias por problemas de salud o problemas físicos?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Bañarse
- Vestirse
- Comer
- Mantener sus finanzas
- Levantarse de la cama o de una silla
- Comprar alimentos
- Hacer la limpieza
- Preparar alimentos
- Ir al baño
- Usar el teléfono u otros dispositivos tecnológicos
- Caminar
- Otro [especifique]: _____
- No se aplique – No tengo dificultades con mis actividades diarias [VAYA AL #39]

38. Generalmente, ¿quién le ayuda con estas actividades diarias?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Su cónyuge o pareja
- Un trabajador pagado, incluido un cuidador
- Un amigo
- Un familiar (que no sea su cónyuge o pareja) Un voluntario
- de una agencia o una organización sin fines de lucro
- No necesito ayuda
- Necesito ayuda, pero no sé dónde o cómo encontrarla
- Otro [explique]: _____

39. ¿Qué dispositivos o aparatos tecnológicos de movilidad o ayuda necesita para desplazarse o moverse?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Bastón
- Anteojos
- Perro guía u otro animal de servicio
- Audífonos o implante coclear
- Prótesis
- Patín
- Andadera
- Silla de ruedas
- Herramientas de extensión para alcanzar cosas o herramientas para vestirse
- No necesito ningún dispositivo o aparato tecnológico de movilidad o ayuda
- Otro [especifique]: _____

40. ¿Necesita ayuda para agregar las siguientes características a su vivienda?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Acceso general (es decir, pasillos amplios, entradas sin escalones, rampas)
- Modificaciones al baño
- Modificaciones a la cocina
- Mejor luz
- Sistemas de respuesta a emergencias personales (es decir, sistema de alerta medica)
- Tecnología (es decir, teléfonos con botones grandes, luz inteligente, Alexa, cámaras de seguridad)
- No necesito ayuda con estas características
- No corresponde
- Otro [especifique]: _____

41. ¿Hay alguien a quien pueda llamar si necesita ayuda con atención médica, alimentos, que lo lleven a algún lugar u otras cosas? Algunos ejemplos incluyen amigos, familiares, vecinos o cuidadores. Esto no incluye servicios de emergencia como los del departamento de bomberos o ambulancias. (Seleccione una opción)

- Sí
- No lo sé
- No

42. ¿Cuál de los siguientes describe cuántas caídas accidentales ha sufrido en el último año? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- 0 [VAYA AL #44]
- 1-4 [VAYA AL #43]
- 5-9 [VAYA AL #43]
- 10 o más [VAYA AL #43]
- Me caí, pero no sé cuántas veces [VAYA AL #43]

43. En relación con sus caídas, marque todas las opciones que correspondan: (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Me lesioné pero no requerí tratamiento médico
- El 911 o u primer respondiente me brindaron ayuda en casa
- Me llevaron a la sala de urgencias
- Me hospitalizaron o requerí atención fuera de casa
- No recuerdo

44. ¿Le preocupa caerse? (Seleccione una opción)

- No
- Sí
- No lo sé

45. ¿Ha tomado alguna clase de prevención de caídas? (Seleccione una opción)

- No
- Sí
- No lo sé

46. Prevención de caídas

Las caídas son principal causa de hospitalizaciones prevenibles. Evitar caídas es fácil si sigue algunos pasos.

- *Conozca su riesgo de caer – entienda los apoyos que necesita.*
- *Haga pequeños cambios en su hogar – instale barras para sujetarse, una banca para la ducha, luces de noche — los pequeños cambios pueden marcar una gran diferencia.*
- *Revise su vista – asegúrese de que su graduación esté actualizada.*
- *Coma bien – aliméntese con nutrientes correctos.*
- *Haga ejercicio – incluso caminar y levantarse puede fortalecer sus abdominales y estabilizar su andar.*
- *Los mayores de 60 años tienen más riesgos de caer y de perder su independencia.*
- *El Condado de Napa ofrece clases gratuitas de prevención de caídas en persona y de manera virtual. Participar en estas clases puede fortalecer sus músculos, mejorar su estabilidad y reducir las caídas. ¡Le podemos ayudar!*

Para obtener más información, comuníquese con Información y Ayuda del Condado de Napa al 707-253-4248.

¿Le interesaría una clase gratuita de prevención de caídas?

- Sí, me interesa saber más sobre las clases gratuitas de prevención de caídas que se ofrecen en el Condado de Napa
- No me interesa tomar una clase de prevención de caídas

47. ¿Qué tanto le preocupa poder encontrar un cuidador si lo necesita?

(Seleccione una opción)

- No me preocupa
- Me preocupa un poco
- Me preocupa mucho
- No lo sé

Continúe a la siguiente página

Seguridad financiera

48. ¿Cuál de los siguientes describe mejor lo bien que maneja sus finanzas actualmente?

(Seleccione una opción)

- Vive cómodamente
- Le va bien
- Sale adelante
- Le cuesta trabajo salir adelante
- No lo sé

49. Durante los próximos cinco años, ¿cómo espera que cambie su situación financiera?

(Seleccione una opción)

- Espero que mejore
- Espero que permanezca igual
- Espero que empeore
- No lo sé

50. ¿Cómo clasificaría el costo de la vida en su comunidad?

(Seleccione una opción)

- Alto
- Moderado
- Bajo
- No lo sé

51. ¿Cuáles son sus fuentes primarias de ingreso para el hogar?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Ingreso del Seguro Social Ingreso
- Suplementario de Seguridad (SSI)
- Ingreso por jubilación o pensión
- Ingresos inversiones o títulos
- Ingresos por empleo
- Ahorros/IRA/401k/457k/SEP
- Beneficios del SNAP
- Asistencia pública en efectivo
- Otro [especifique]: _____

52. Desde que empezó la pandemia en 2020, ¿alguna vez no ha podido pagar alguno de los siguientes?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Costos de un cuidador o cuidado infantil
- Ropa o zapatos
- Seguro médico
- Alimentos saludables
- Cuentas médicas
- Medicamentos
- Servicio de teléfono (incluido un celular o una línea fija)
- Impuestos a la propiedad o sobre la renta
- Recreación o entretenimiento
- Renta o hipoteca
- Transporte (p. ej.: tarifas de autobús o taxi, gasolina, mantenimiento del auto)
- Servicios
- Otro [especifique]: _____
- He podido pagar todos los anteriores.

Empleo

53. ¿Cómo describiría su situación actual de empleo pagado?

(Seleccione una opción)

- Jubilado [VAYA AL #57]
- Empleado – tiempo completo o más
- Empleado – medio tiempo y buscando más trabajo
- Empleado – medio tiempo y no busco más trabajo
- Empleado – trabajo estacional
- Desempleado – buscando trabajo
- Desempleado – No busco trabajo [VAYA AL #57]
- Otro [especifique]: _____

54. Si sigue trabajando o buscando trabajo, ¿cuál es el motivo principal?

(Seleccione una opción)

- No puedo permitirme dejar de trabajar
- Me da una sensación de propósito
- Me mantiene activo física o mentalmente Me
- gusta socializar con otras personas en el trabajo
- Me gusta tener dinero para divertirme
- Otro [especifique]: _____



55. Clasifique los siguientes en relación con las oportunidades de empleo para adultos mayores en su comunidad:

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Pobre</i>	<i>No sé</i>
Oportunidades de adquirir nuevas habilidades laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades de usar mis habilidades laborales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de oportunidades de empleo para adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calidad del empleo disponible para los adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variedad de las oportunidades de empleo disponibles para los adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación por las oportunidades disponibles para los adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

56. Si actualmente busca trabajo, ¿cuál es la principal barrera que le impide encontrarlo? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Discriminación o edadismo
- No puedo encontrar trabajo cerca de mi vivienda o cerca de opciones de transporte público
- No puedo encontrar un trabajo acorde a mis habilidades o a mi nivel de experiencia
- Tengo espacios en mi historial laboral o no tengo referencias
- Tengo problemas jurídicos que hacen que me cueste trabajo encontrar un empleo
- Mi salud o discapacidad
- Otro [especifique]: _____
- No estoy buscando trabajo

Vivienda

57. ¿En qué tipo de vivienda reside actualmente? (Seleccione una opción)

- Apartamento
- Vida asistida [VAYA AL #60]
- Hotel [VAYA AL #60]
- Casa
- Comunidad de vida independiente [VAYA AL #60]
- Alojamiento y alimentos con licencia/Centro de cuidado residencial para adultos mayores (RCFE) [VAYA AL #60]
- Centro de cuidado de largo plazo [VAYA AL #60]
- Comunidad 55+ (es decir, complejo de apartamentos de adultos mayores, parque de casas rodantes, viviendas individuales en un barrio 55+)
- Vivienda o vivienda móvil fabricada (comunidad de cualquier edad)
- Rento un cuarto [VAYA AL #59]
- Albergue o centro de vivienda provisional [VAYA AL #60]
- Vivienda para adultos mayores de bajos ingresos o con subsidio
- Alojamiento y alimentos sin licencia/vida en grupo [VAYA AL #60]
- No tengo vivienda actualmente [VAYA AL #60]
- Otro [describa]: _____



58. ¿Renta o es propietario de su lugar principal de residencia?

(Seleccione una opción)

- Soy propietario con hipoteca
- Soy propietario sin hipoteca
- Rento
- Comunidad de viviendas móviles
- No soy propietario ni rento
- No lo sé
- Otro [especifique]: _____

59. ¿Quién más vive con usted?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Cónyuge o pareja
- Hijos adultos
- Hijos menores de 18 años
- Nietos adultos
- Nietos menores de 18 años
- Amigos
- Cuidador pagado Cuidador no pagado o con pago en especie
- Padres
- Compañeros de cuarto
- Vivo solo
- Otro [especifique]: _____

60. ¿Cuáles son sus costos mensuales en vivienda incluida la hipoteca o la renta de su lugar de residencia? Incluya cualquier HOA, tarifas mensuales, seguro, renta del sitio, impuestos, servicios, etc.

(Seleccione una opción)

- \$0-\$500
- \$501-\$1,000
- \$1,001-\$2,000
- \$2,001-\$3,000
- \$3,001-\$4,000
- \$4,001-\$5,000
- \$5,001-\$6,000
- Más de \$6,000
- No lo sé

61. ¿Su vivienda tiene problemas de mantenimiento no resueltos? Por ejemplo, aparatos descompuestos, fugas, problemas de plagas, humedad, óxido y otras cuestiones.

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

62. ¿Anticipa mudarse de su lugar actual a una comunidad de vida de adultos mayores? (es decir, alojamiento y alimentos, alimentos y cuidado, centro de vida independiente, vida asistida, centro de cuidado de largo plazo, etc.) a corto o mediano plazo?
(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- Ya vivo en una comunidad de adultos mayores [VAYA AL #64]
- No lo sé

63. ¿Qué haría que se mudara a una comunidad de vida de adultos mayores?
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Tener una discapacidad o un problema crónico de salud
- Las amenidades de una comunidad de vida de adultos mayores
(es decir, piscina, comedor para comidas compartidas, noches de juegos)
- Querer estar con personas de mi edad
- Atención médica en el lugar
- Vida sin mantenimiento
- Pérdida de su pareja
- Más económico que su vivienda actual
- Ya no poder conducir u otra falta de transporte
- La comunidad tiene un servicio de transporte
- Otro [especifique]: _____

64. Clasifique lo siguiente en relación con la vivienda en su comunidad:
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Pobre</i>	<i>No sé</i>
Disponibilidad de vivienda asequible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Variedad de opciones de vivienda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilidad de vivienda accesible <i>(p. ej., vivir en un solo piso, pasillos amplos, sin escalones)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transporte

65. ¿Qué tipos de transporte usa actualmente?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Conduzco mi propio vehículo
- Bicicleta
- Me llevan mis amigos o familiares
- Proveedor de atención médica (es decir, Collabria Care, Partnership HealthPlan, etc.)
- Contrato privado
- Organización sin fines de lucro (es decir, Molly's Angels)
- Paratránsito (VineGo)
[tránsito que responde a la demanda, lo que significa que brinda el servicio cuando se solicita]
- Transporte público (es decir, autobuses o camionetas de Vine)
- Aplicaciones (es decir, Uber o Lyft)
- Taxi
- Camino
- No tengo ni uso transporte [VAYA AL #66]
- Otro [especifique]: _____

66. Por qué no tiene transporte

(Opcional)

67. Clasifique cada una de las siguientes características en relación con los adultos mayores de su comunidad

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Pobre</i>	<i>No sé</i>
Facilidad de usar el transporte público	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidad de usar el auto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidad de caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidad de andar en bicicleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facilidad de ir a lugares a los que debe ir con frecuencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. ¿Hay ciertas actividades que no pueda hacer o a las que no pueda ir debido a que no tiene un transporte asequible y accesible?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Este problema no me limita Entretenimiento *(es decir, películas, teatro, conciertos)*
- Mandados *(es decir, ir a la ferretería, al correo)*
- Hacer las compras
- Citas médicas
- Actividades al aire libre *(es decir, senderismo, ir al parque)*
- Surtir o recoger sus medicamentos recetados
- Servicios *(es decir, servicios jurídicos, despensa, centro para adultos mayores)*
- Escuela
- Visitar amigos o familiares
- Trabajo o voluntariado
- Culto
- Otro [especifique]: _____

69. ¿Qué tipos de transporte usaría?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Entre condados *(es decir, de Calistoga a Santa Rosa)*
- Camioneta al aeropuerto
- Transporte a citas médicas fuera del condado *(Kaiser, VA, etc.)*
- De puerta a puerta
- Del interior al interior *(que lo lleven de su vivienda al vehículo y viceversa)*
- Servicios bajo demanda gratuitos o de bajo costo
- Más transporte público *(incluidos más autobuses o rutas)El*
- mismo día bajo demanda — sin cita
- Alguien que me acompañe durante el viaje
- Accesible con silla de ruedas
- Ninguno — Tengo transporte adecuado
- Otro [especifique]: _____

70. ¿Ha usado el transporte público en el Condado de Napa en los últimos tres años?

(Seleccione una opción)

- Sí [VAYA AL #72]
- No [VAYA AL #71]
- No lo sé [VAYA AL #73]

71. Si no usa el transporte público, ¿por qué no?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

[COMPLETE Y VAYA AL #73]

- Dificultad para subir o bajar del autobús o de la camioneta
- No me siento seguro
- No sé dónde encontrar información sobre rutas, tarifas y horarios
- Tengo un problema de salud que me dificulta usar el transporte público
- No me interesa usar el transporte público sin importar la razón
- Es muy difícil llegar y regresar de la parada
- Me toma demasiado tiempo ir a donde necesito estar
- Cuesta demasiado
- No es confiable
- No hay asientos accesibles en el autobús o en la camioneta
- No hay paradas cerca de los lugares a los que necesito ir
- No hay paradas en lugares cómodos cerca de donde vivo
- Otro [especifique]: _____

72. Si ha usado el transporte público en el Condado de Napa, clasifique su satisfacción con los servicios que ha usado.

(Opcional)

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Pobre</i>	<i>No lo he usado</i>
The Vine—horario fijo en el área de Napa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio bajo demanda a la parada del autobús de	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vine Go-Paratransit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
American Canyon Transit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camioneta a St. Helena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Camioneta a Calistoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yountville Bee Line (tranvía)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aplicación Ride the Vine					
Napa UpValley Connector Napa-St. Helena-Calistoga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napa Vallejo Connector a la estación de transferencia y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ferry Napa Solano Express al Ferry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Napa BART Express	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Servicio para embajadores de NVTA para probar el sistema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Molly's Angels					
American Cancer Society	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conductor adulto mayor del DMV (Depto. De vehículos de motor)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

73. Comente cualquier opinión adicional sobre su experiencia con el transporte público en el condado de Napa a continuación.

(Opcional)

Información y asistencia

74. En general, ¿qué tan informado está sobre los servicios y las actividades disponibles para los adultos mayores en su comunidad?

(Seleccione una opción)

- Muy informado
- Algo informado
- Algo desinformado
- Muy desinformado

75. ¿Tiene acceso a Internet?

(Seleccione una opción)

- Sí [VAYA AL #76]
- No [VAYA AL #77]
- No lo sé [VAYA AL #78]

76. Si es así, ¿cómo accede a Internet?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

[COMPLETE Y VAYA AL #78]

- En casa
- En cafeterías, cafés u otros negocios
- En las casas de mis amigos o familiares
- En la biblioteca
- En un centro para adultos mayores
- En el trabajo
- En la escuela
- Uso mi propia computadora, laptop o tableta
- Uso mi propio dispositivo móvil o teléfono inteligente
- Otro [especifique]: _____

77. ¿Por qué no tiene acceso a Internet?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No puedo usar Internet por motivos de salud física o mental
(p. ej.: problemas cognitivos, vista)
- No sé a quién contactar o cómo instalarla
- No quiero o no necesito acceso a Internet
- No tengo computadora u otro dispositivo o el que tengo no se conecta a Internet
- Me preocupa la privacidad o la seguridad
- Cuesta demasiado
- No hay Internet disponible en el área donde vivo
- Otro [especifique]: _____



78. ¿Cómo le gusta aprender sobre información, recursos, eventos o las noticias?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Correo electrónico
- Publicidad de negocios
- Correos
- Periódicos o revistas
- Apps para el teléfono
- Llamadas telefónicas
- Carteles, panfletos o anuncios espectaculares
- Radio
- Redes sociales
- Mensajes de texto
- Televisión
- Sitios web
- Investigación en Internet
- Comentarios de otras personas
- Boletines de la iglesia
- Otro [especifique]: _____

79. ¿Qué tipos de servicios comunitarios ha recibido en los últimos 3 años o recibe actualmente?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Cuidado diurno para adultos
- Gestión de casos
- Clínicas de salud comunitarias
- Comidas comunitarias en centros para adultos mayores, centros comunitarios, organizaciones religiosas o de otro tipo u otros lugares
- Ayuda en caso de desastre
- Ayuda económica o con los servicios (es decir, ayuda para pagar la renta o las cuentas)
- Bancos de alimentos o despensas
- Ayuda con la limpieza o el cuidado de la vivienda
- Alimentos entregados en casa
- Información y referencias (es decir, elegibilidad para beneficios, referencias de cuidadores)
- Servicios de apoyo en el hogar (limpieza, preparación de alimentos, lavandería, cuidado personal, baño, compras, servicios paramédicos)
- Jurídico
- Cuidado personal (es decir, bañarse, vestirse)
- Terapia u otros servicios de salud mental
- Servicios para tratamiento de adicciones
- Ayuda con los impuestos
- Transporte
- Otro [especifique]: _____
- No he usado ni estoy usando estos servicios



80. ¿Qué servicios adicionales anticipa necesitar en los próximos cinco años para ayudarle a conservar su independencia en la comunidad?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Cuidado diurno para adultos
- Cuidador
- Gestión de casos
- Clínicas de salud comunitarias
- Comidas comunitarias en centros para adultos mayores, centros comunitarios, organizaciones religiosas o de otro tipo u otros lugares
- Ayuda en caso de desastre
- Ayuda económica o con los servicios (es decir, ayuda para pagar la renta o las cuentas)
- Bancos de alimentos o despensas
- Ayuda con la limpieza o el cuidado de la vivienda
- Alimentos entregados en casa
- Información y referencias (es decir, elegibilidad para beneficios, referencias de cuidadores)
- Servicios de apoyo en el hogar (limpieza, preparación de alimentos, lavandería, cuidado personal, baño, compras, servicios paramédicos)
- Jurídico
- Cuidado personal (es decir, bañarse, vestirse)
- Terapia u otros servicios de salud mental
- Servicios para tratamiento de adicciones
- Ayuda con los impuestos
- Transporte
- Otro [especifique]: _____
- No necesitaré estos servicios en los siguientes cinco años [VAYA AL #83]

81. ¿Anticipa tener alguna dificultad para encontrar los servicios que seleccionó?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

82. ¿Anticipa tener alguna dificultad para pagar los servicios que seleccionó?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

83. ¿Tiene acceso a servicios jurídicos si los necesita?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

84. ¿Tiene alguno de estos documentos de planificación para el futuro?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Instrucciones anticipadas de atención médica
- Plan funerario
- Seguro de atención de largo plazo
- Orden al médico sobre tratamientos para prolongar la vida (POLST)
- Poder notarial
- Custodia en vida revocable
- Testamento o custodia
- No lo sé
- Otro [especifique]: _____
- Ninguno de los anteriores

85. ¿Cuál es su experiencia al buscar cubrir sus necesidades a medida que envejece?

(Seleccione una respuesta para cada uno)

	Sí	A veces	No	No corresponde
Sé a dónde ir y a quién llamar para pedir ayuda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Generalmente califico para los servicios que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo pagar la ayuda que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo encontrar la ayuda que necesito con una llamada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo encontrar transporte cuando lo necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo recibir ayuda rápidamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo pedirle a alguien que responda mis preguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entiendo cómo completar las solicitudes requeridas y otros documentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puedo encontrar a alguien que hable mi idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Normalmente puedo encontrar recursos que usan la tecnología adaptativa que necesito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro [especifique]: _____				

Participación en la comunidad y conectividad

86. Clasifique lo siguiente en cuanto a la participación general en la comunidad y conectividad de los adultos mayores en su comunidad:

	Excelente	Bueno	Neutral	Pobre	No lo sé
Oportunidades recreativas (p. ej., juegos, artes, bibliotecas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades de acondicionamiento físico (p. ej., clases de ejercicios, caminos o senderos)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades de participar en asuntos de la comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades de voluntariado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades de inscribirse en clases para mejorar las capacidades o para enriquecimiento personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades para ir a eventos o actividades sociales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oportunidades para ir a actividades religiosas o espirituales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

87. ¿Cuántos miembros de su familia viven en la comunidad?

(Seleccione una opción)

- Ninguno
- Uno
- Algunos
- Muchos

88. ¿Cuántos de sus amigos viven en la comunidad?

(Seleccione una opción)

- Ninguno
- Algunos
- Muchos

89. ¿Con qué frecuencia ve o se comunica con sus amigos o familiares?

(Seleccione una opción)

- Diario
- Semanalmente
- Mensualmente
- Anualmente
- Nunca

90. En la última semana, ¿qué tan seguido vio o se comunicó con las personas a las que quiere o que le son cercanas? (es decir, hablar por teléfono, mensaje de texto, correo electrónico, Zoom, Facetime, What's App con familiares o amigos, visitara sus familiares o amigos, ir a una reunión de un club o ir a la iglesia) (Seleccione una opción)

- Nunca
- Menos de una vez en la última semana
- 1-2 veces en la última semana
- 3-4 veces en la última semana
- 5 o más veces en la última semana



PARTICIPACIÓN EN LA COMUNIDAD Y CONECTIVIDAD

91. ¿Ha participado en actividades sociales en la última semana?

(Seleccione una opción)

- Sí
 No [VAYA AL #93]

92. Si seleccionó sí, marque todas las opciones que correspondan ya sea en persona o de manera virtual (p. ej.: Zoom):

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Fui a un lugar de culto o a actividades religiosas relacionadas en la última semana
 Fui o participé en una película, bingo, concierto, deportes, jugué a las cartas u otra actividad social en la última semana
 Fui o participé en una actividad grupal como clases o talleres, baile, senderismo, coro, viajes/turismo/actividades culturales, caminata o paseo en bicicleta en la última semana
 Participé en eventos o actividades en un centro para adultos mayores o centro comunitario esta última semana
 Participé en un evento social familiar o del barrio en la última semana
 Otro [describa]: _____

93. En el último año, ¿ha realizado alguna de las siguientes actividades cívicas?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Asistió a una reunión pública local (*de funcionarios locales electos, HOA, foros abiertos, vigilancia vecinal, etc.*)
 Vio (*en línea o en la televisión*) una reunión pública local
 Escribió una carta al editor de un periódico local
 Votó en la elección local más reciente
 Participó en una actividad relacionada con las elecciones
 Participó en un grupo cívico (*Elks, Rotario, Kiwanis, Masones, etc.*)
 Participó en una junta, comisión o comité asesor
 Ninguno de los anteriores
 Otro [describa]: _____

94. ¿Actualmente hace voluntariado?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Yes [VAYA AL #96]
 No – Quiero hacer voluntariado [VAYA AL #95]
 No – No quiero hacer voluntariado [VAYA AL #97]

95. ¿Qué le impide hacer voluntariado?

(Seleccione todas las opciones que correspondan) [COMPLETE Y VAYA AL #97]

- No sé cómo encontrar dónde hacer voluntariado
 No tengo transporte para ir a un lugar para hacer voluntariado
 Sólo quiero hacer voluntariado si lo puedo hacer desde casa
 Ahora tengo muchas otras actividades o responsabilidades que me ocupan
 Tengo limitaciones relacionadas con la salud que dificultan que haga voluntariado
 Otro [describa]: _____



96. Si es así, ¿cuáles son sus principales razones para hacer voluntariado?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Me da un propósito en la vida
- Me hace sentir bien
- Me gusta retribuir a mi comunidad
- Para reunirme con otras personas
- Para mantenerme activo mentalmente
- Para mantenerme activo físicamente
- Otro [especificar]: _____

97. ¿Qué tanto le preocupa sentirse aislado de los demás?

(Seleccione una opción)

- No me preocupa
- Me preocupa un poco
- Me preocupa mucho

98. En las últimas dos semanas, ¿qué tan seguido ha tenido poco interés o gusto por hacer las cosas?

(Seleccione una opción)

- Nunca
- Varios días
- La mitad de los días
- Casi todos los días

99. En los últimos cinco años, ¿ha visitado o usado los servicios que se ofrecen en un centro para adultos mayores?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No [VAYA AL #102]

100. Si es así, ¿por qué visita o usa los servicios en los centros para adultos mayores?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Para aprender nuevas habilidades o ganar conocimientos
- Para jugar
- Para comer el almuerzo
- Para recibir información útil o servicios
- Para ver a mis amigos o para conocer a nuevas personas
- Para mantenerme sano y activo
- Para hacer voluntariado y ayudar a los demás
- Otro [especifique]: _____



101. ¿En qué tipos de actividades o servicios participa en los centros para adultos mayores?

Estas actividades o servicios pueden ser en-persona, por teléfono o de manera virtual (es decir, Zoom).

(Seleccione todas las opciones que correspondan) [COMPLETE Y VAYA AL #104]

- Bingo, cartas o mahjong
- Clases, seminarios o talleres
- Clubes o grupos sociales *(es decir, grupo de hombres o mujeres, LGBTQ, latinos, club de tejido o de lectura)*
- Ayuda para acceso a una computadora
- Conciertos, películas o eventos teatrales
- Terapia
- Actividades de acondicionamiento físico *(es decir, yoga, tai chi, entrenamiento de fuerza, Zumba, caminar, senderismo)*
- Comer en el sitio o llevarlas a casa
- Clínicas de salud *(es decir, revisiones del oído o de la vista, vacunas, monitoreos de la presión arterial)*
- Préstamos de la biblioteca
- Participar en artes escénicas
- Grupos de apoyo *(es decir, cuidadores, Alzheimer y otras demencias, cáncer, duelo)*
- Servicios de apoyo *(es decir, declarar impuestos, servicios jurídicos, inscripción en servicios de atención médica, información y referencias)*
- No recuerdo
- Ninguno de éstos está disponible ni se ofrece en el centro para adultos mayores que visito o uso
- Otro [especifique]: _____

102. ¿Por qué no participa en actividades o recibe servicios en centros para adultos mayores?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No puedo acceder al centro por falta de transporte
- No puedo acceder al centro por mi salud
- No me interesa utilizar el centro para adultos mayores
- No tengo o no me siento con edad suficiente para usar un centro para adultos mayores
- Estoy muy ocupado
- No sé si hay un centro para adultos mayores cerca de donde vivo
- No sé sobre las actividades o servicios que se ofrecen en el centro para adultos mayores
- No quiero reunirme con otros adultos mayores
- El centro está obsoleto y necesita renovar sus instalaciones
- Recibo servicios o participo en actividades en otro lugar
- Mis amigos no van ahí
- El centro para adultos mayores no está abierto en horarios cómodos
- No lo sé
- Otro [especifique]: _____



103. Si no usa un centro para adultos mayores, ¿Qué ofertas o actividades tendría que haber para que usara los servicios que brinda su centro local para adultos mayores?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Programación distanciada socialmente (en interiores o al aire libre)
- Alimentos de alta calidad preparados por chefs locales profesionales
- Entretenimiento profesional de músicos, escritores, actores y artistas
- Alimentos para llevar
- Juegos con rompecabezas de alto valor
- Camionetas de venta de alimentos
- Catas de vinos
- Eventos especiales de cenas y días festivos (es decir, cena de Navidad, y un espectáculo)
- Clínicas de vacunación
- Actividades para hablantes de español o tagalo
- Horario extendido (más allá de 9-5)
- Centro de vanguardia, nuevo o renovado
- Actividades con su mascota
- Eventos de revisiones médicas preventivas (es decir, revisión de la presión arterial) Clubes de lectura u otras actividades grupales (o en-persona)
- Series de oradores (virtuales o en persona)
- Programación híbrida – opción de asistir en persona o virtualmente
- Actividades o juegos de manualidades para llevar a casa
- Acceso gratuito a Internet de banda ancha
- Clases de tecnología o apoyo
- Permitir que las personas lleguen sin necesidad de registrarse – ¡Sólo diviértase!
- Que personas de diferentes edades participen en las actividades (actividades intergeneracionales)
- Permitir que mi familia asista a actividades conmigo
- Nunca usaría los servicios de un centro para adultos mayores sin importar lo que ofrezca
- Otro [especifique]: _____

Respuesta a emergencias

104. ¿Cómo accede a información durante una emergencia, como un incendio forestal o un terremoto?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Radio AM/FM
- Correo electrónico
- Radio de emergencias o del estado del tiempo
- Nextdoor (sitio web)
- Sitio web de una organización (p. ej.: Cruz Roja, Condado de Napa)
- Llamada telefónica
- Redes sociales
- Mensaje de texto/Nixle
- TV
- Comentarios de otras personas
- No lo sé
- Otro [especifique]: _____

105. Si las autoridades anunciaran una evacuación en su comunidad debido a una emergencia o desastre (p. ej.: incendios forestales o inundaciones), ¿habría algo que le impidiera evacuar?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No, evacuaría
- Pensar que yo o mi casa estaremos bien
- Me preocupa dejar mi propiedad
- Me preocupa dejar a mis mascotas o a mi ganado
- Me preocupa que otras personas no quieran o puedan salir de la vivienda
- Me preocupa mi seguridad personal
- Problemas de salud o no puedo evacuar por cuestiones médicas
- No enterarme de que había una orden de evacuación
- No tengo dónde ir
- Evacuar es demasiado costoso
- Falta de transporte
- Falta de confianza en los funcionarios públicos
- Otro [especifique]: _____

106. ¿Tiene un kit de emergencia que se pueda llevar en caso de una evacuación?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

107. ¿Tiene un plan de emergencia o evacuación implementado en casa?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé



RESPUESTA A EMERGENCIAS

108. ¿Alguna vez ha tenido que evacuar su lugar de residencia en el Condado de Napa por una emergencia, como incendios forestales o inundaciones?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No recuerdo

109. Si es así, ¿a dónde fue cuando evacuó?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Albergue comunitario (Fairgrounds, Napa Valley College, Iglesia Crosswalk, etc.)
- Casa de un amigo o familiar
- Mi segunda vivienda
- Hotel o motel
- Lugar de culto
- Albergue de la Cruz Roja
- No recuerdo o no sé
- Otro [especifique]: _____

110. ¿Alguien en su vivienda (incluido usted) tiene alguna de las siguientes condiciones que podría ser una barrera para una comunicación eficaz durante una emergencia o desastre?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- Discapacidad cognitiva
- Dificultad para entender el idioma inglés
- Dificultad para entender el material escrito
- Dificultad para escuchar
- Dificultad para ver
- Discapacidad física
- No tiene teléfono, radio o se va la luz
- Ninguna
- Otro [especifique]: _____

111. Pensando en lo que tiene en su despensa y en cualquier medicamento que tenga a la mano, ¿cuántos días podría quedarse en casa sin tener que salir por suministros adicionales?

(Seleccione una opción)

- 7 días o más
- 4 a 6 días
- 1 a 3 días
- No lo sé

112. Si se fuera la luz en su vivienda, ¿necesitaría ayuda para mantener los medicamentos o el equipo médico?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

Equidad e inclusión

113. Clasifique lo siguiente en cuanto a la equidad e inclusión de los adultos mayores en su comunidad:

(Marque todas las opciones que correspondan)

	<i>Excelente</i>	<i>Bueno</i>	<i>Neutral</i>	<i>Pobre</i>	<i>No lo sé</i>
Apertura y aceptación de la comunidad hacia los residentes mayores de diferentes orígenes					
Que los residentes mayores se sientan bien recibidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valorar a los residentes mayores en su comunidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Buena vecindad de su comunidad con los adultos mayores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

114. En el último año, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?

(Seleccione una opción)

- Recibir un trato injusto o ser discriminado por su edad
- Sentir que no encaja o pertenece a la comunidad
- Sentir que su voz no se escucha en la comunidad
- No he experimentado ninguno de los anteriores

Cuidados

Esta sección se aplica a las personas mayores de 60 años que fungen como cuidadores de otras personas. Definimos a un cuidador como la persona que atiende las necesidades o inquietudes de una persona con limitaciones de corto o largo plazo debidas a una enfermedad, lesión o discapacidad.

Si está completando este cuestionario para ayudar a un adulto mayor, continúe respondiendo estas preguntas en nombre de dicho adulto mayor.

115. ¿Usted cuida a alguien más?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

- No [VAY AL #124]
- Sí, a alguien mayor de 60 años
- Sí, a alguien de 19-59 con una discapacidad
- Sí, a alguien menor de 18 años con una discapacidad
- Sí, a alguien menor de 18 años sin discapacidades

116. ¿Cuál es su relación con la persona a la que cuida?

(Seleccione una opción)

- Soy su hijo
- Soy su cónyuge o pareja
- Soy su padre
- Soy otro familiar
- Soy su amigo o conocido

117. ¿Cuánto tiempo ha cuidado a esta persona?

(Seleccione una opción)

- Menos de un mes
- Entre uno y seis meses
- De seis meses a un año
- Más de un año

118. ¿Le pagan por sus servicios de cuidado? Esto incluye un salario por hora, semana o mes.

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- Otro [especifique]: _____

119. ¿Cuántas horas cuida a la persona en una semana típica?

(Seleccione una opción)

- Menos de 20 horas a la semana
- 20-40 horas a la semana
- Más de 40 horas a la semana
- No lo sé
- Otro [especifique]: _____

120. Indique con qué frecuencia experimenta los sentimientos que aparecen a continuación marcando la respuesta que corresponda mejor a la frecuencia de estos sentimientos. En las siguientes preguntas el receptor del cuidado es la persona a quien usted cuida.

(Marque todas las opciones que correspondan)

	<i>Nunca</i>	<i>Rara vez</i>	<i>A veces</i>	<i>Seguido</i>	<i>Siempre</i>
¿Siente que por el tiempo que cuida al receptor del cuidado, no tiene tiempo suficiente para sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente estresado entre cuidar al receptor de cuidado y tratar de cumplir otras responsabilidades laborales o familiares?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente enojado cuando está con el receptor de cuidado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que el receptor de cuidado afecta actualmente su relación con amigos o familiares de manera negativa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente tenso cuando está con el receptor de cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que su salud ha sufrido por su participación con el receptor de cuidados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que no tiene toda la privacidad que le gustaría a causa del receptor de cuidado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que su vida social ha sufrido porque cuida al receptor de cuidado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que el receptor de cuidado se enfermó?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se siente inseguro sobre qué hacer con el recepto de cuidado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

121. ¿El receptor de cuidado parece tener una discapacidad cognitiva, incluida la enfermedad de Alzheimer u otra demencia?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No [VAYA AL #123]
- No lo sé [VAYA AL #123]

122. Si es así, ¿el receptor de cuidado fue diagnosticado por un médico?

(Seleccione una opción)

- Sí
- No
- No lo sé

123. ¿Cuál es su experiencia o uso de los siguientes apoyos para los cuidadores?

	<i>Posiblemente lo usaré en el futuro</i>			<i>Nunca lo usaría</i>	
	<i>Definitivamente lo usaré en el futuro</i>			<i>No estoy enterado de que este apoyo esté disponible en el Condado de Napa</i>	
	<i>Lo uso ahora</i>				
Talleres o capacitación para cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asesoría para cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registro de referencias de cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grupos de apoyo de cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Líneas directas de apoyo de cuidadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Programas diurnos o cuidado de relevo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de relevo en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidado de relevo residencial <i>(enfermería capacitada, vida asistida)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¡Gracias!

124. Gracias por invertir su tiempo para brindar información valiosa para ayudar a nuestra comunidad a planear programas y servicios para cubrir las necesidades de los adultos mayores. Si tiene más ideas de formas en que las organizaciones pueden cubrir sus necesidades en los siguientes cinco años que no haya mencionado, escríbalas a continuación:

(Respuesta abierta)



Para saber más sobre la Evaluación de Adultos Mayores del Condado de Napa (NOAA) o para registrarse para participar en un grupo de enfoque, visite <https://communityhealthnapavalley.org/noaa/>

También puede enviarnos un correo electrónico a info@NapaOlderAdultsAssessment.org

o llamarnos al
707-253-4248

La NOAA es financiada, en parte, por la Junta de Supervisores del Condado de Napa y por Servicios Humanos y de Salud del Condado de Napa mediante fondos de Prevención e Intervención Temprana (PEI) de la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA). Es uno de los diferentes programas MHSA implementados por la División de Salud Mental del Condado de Napa, que lucha por mejorar los resultados de salud mental de las personas y las familias en toda la comunidad.