



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Centro Centroamericano de Población (CCP)

CRELES-Cohorte jubilándose (1945-1955)

Costa Rica: Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable

CUESTIONARIO CONYUGE

PRIMERA RONDA (2010)

LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL Y VOLUNTARIA.

Permítame asegurarme que Usted es [NOMBRE DEL CONYUGE], esposo/a de [NOMBRE DEL SELECCIONADO]

SI NO ES LA PERSONA CORRECTA ANULE ESTE CUESTIONARIO

		PDA registra hora al iniciar: _ _ : _ _
Cantón y distrito:		_ _ _ _ _ _ _
Segmento:		_ _ _ _
Vivienda:		_ _ _
AM1	Entrevistador	Giovanni 3 Marcela 6 Maritza 7 Randall 21 Jimmy 22 Kathya 23
AM2	Resultado de la entrevista	Aceptada 1 Rechazada 2→Finalice Pendiente 3→
AMP1	Por favor dígame su nombre y dos apellidos	AMP1a. Nombre _____ AMP1b. Primer Apellido _____ AMP1c. Segundo Apellido _____
AMP2	El sexo es	Hombre 1 Mujer 2
AM3	El cónyuge (esta persona):	Puede contestar el cuestionario 1→ID1 Tiene serios problemas de comunicación (necesita Proxy) 2→AMP6
AMP6	¿Quién es el proxy?	Cónyuge Hijo/hija Otro

SECCION ID: IDENTIFICACIÓN		
Antes de comenzar, quisiera recordarle nuevamente que esta entrevista es completamente voluntaria y confidencial. Si hay alguna pregunta que usted no desea responder, simplemente me avisa y seguimos a la próxima pregunta.		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
ID1	¿Podría mostrarme su cédula de identidad?	Número de cédula _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ → ID2 No tiene 888888888 → IDN2
IDN2	Su cédula de residencia o pasaporte es:	Número de identificación de residencia _____ 1 No tiene
ID2	Su fecha de nacimiento es:	ID2a. Día _ _ ID2b. Mes _ _ ID2c. Año _ _ _ _
ID3	Para estar seguro tiene usted ____ años: PALM calcular edad	Años _ _ NS/NR 99
AM6	Ahora le voy a preguntar sobre sus hijos. ¿Cuántos hijos tuvo Ud en total, incluyendo hijos no biológicos, de crianza, adoptados y fallecidos?	Ninguno 0 → C138 Número de hijos _ _ NS/NR 99 → C138
AM7	¿Y cuántos de estos hijos están vivos?	Número de hijos vivos _ _ NS/NR 99

C138	TOMA DE PRESION Ahora si usted me lo permite le voy a tomar la presión arterial en su brazo	Primera medición _ _ _ _ / _ _ _ _ C138a C138b No se pudo tomar 999 / 999
------	--	--

SECCION C: ESTADO DE SALUD		
Ahora quisiera hacerle algunas preguntas sobre su salud		
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
AUTOEVALUACION		
C1	¿Cómo diría que es su salud ahora: Excelente, Muy buena, Buena, Regular, Mala?	Excelente 1 Muy buena 2 Buena 3 Regular 4 Mala 5 NS/NR 9
C4	¿Le ha dicho un médico que ha tenido la presión sanguínea alta (hipertensión)?	Si 1 No 2 NS 8 NR 9
C6	¿Hace cuánto tiempo se tomó la presión por última vez?	Menos de 6 meses 1 De 6 a 11 meses 2 De 1 a 2 años 3 Más de dos años 4 Nunca 5 NS 8 NR 9
C7	¿Le ha dicho un médico que tiene el colesterol alto?	Si 1 No 2 NS 8 NR 9
C9	¿Hace cuánto tiempo se midió el colesterol por última vez?	Menos de 6 meses 1 De 6 a 11 meses 2 De 1 a 2 años 3 Más de 2 años 4 Nunca 5 NS 8 NR 9
C10	¿Le ha dicho un médico que tiene diabetes (niveles altos de azúcar en la sangre)?	Si 1 No 2 NS 8 NR 9
C17	¿Cuando fue la última vez que un doctor le hizo una prueba para saber si tenía azúcar en la sangre?	Menos de 6 meses 1

		De 6 a 11 meses	2
		De 1 a 2 años	3
		Más de 2 años	4
		Nunca	5
		NS	8
		NR	9
C18	¿Le ha dicho un médico que tiene cáncer o tumor maligno, excluyendo pequeños tumores en la piel?	Si	1
		No	2
		NS	8
		NR	9
C127	En general ¿Cómo se siente con su vida?	Muy satisfecho	1
		Algo satisfecho	2
		Algo insatisfecho	3
		Muy insatisfecho	4
		NS	8
		NR	9
C128	¿Durante los últimos doce meses ha recibido vacuna contra la gripe o influenza?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9

SECCION EV: ESTILOS DE VIDA		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/>	
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
ACTIVIDAD FISICA			
EV14	En los últimos 12 meses, ¿hizo regularmente ejercicios o actividades físicas rigurosas como deportes, trotar, bailar o trabajo pesado, tres veces a la semana?	Si	1
		No	2
		NS/NR	9

SECCION D: ESTADO FUNCIONAL (AVD / AIVD)						
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS				
D1	¿Puede usted caminar?	Si	1 → D1a			
		No	2 → D4			
D1a	¿Es difícil para usted caminar 20 cuadras?	Si	1 → D2			
		No	2 → D4			
		Si	No	No puede	No lo hace	NS/NR
D2	¿Tiene dificultad para caminar varias cuadras?	1	2	3	4	9
D3	¿Tiene dificultad para subir por las escaleras varios pisos sin descansar?	1	2	3	4	9
D4	¿Tiene dificultad para empujar o jalar un objeto grande como un sillón?	1	2	3	4	9
D5	Por favor levante y estire sus brazos por encima de sus hombros.	Los levantó totalmente				1
		Los levantó parcialmente				2
		No puede levantarlos				3
		No acepto realizar la prueba				4
Filtro 1. Si D1a=2 & D5=1, PASE a GP7						
CAMINAR						
D6	¿Tiene dificultad para cruzar de un lado a otro de un cuarto caminando?	Si	1 → D7			
		No	2 → D8			
		NS/NR	9 → D8			
D7	¿Usa algún aparato o instrumento tal como bastón, silla de ruedas, andadera, muletas, etc. de apoyo para cruzar un cuarto?	Si	1			
		No	2			
		NS/NR	9			
BAÑARSE						
		Si	No	NS/NR		
D8	¿Tiene dificultad para bañarse, incluyendo entrar y salir de la bañera?	1 → D9	2 → D11	9 → D11		
D9	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento (barandilla o taburete) para bañarse?	1	2	9		
D10	¿Alguien le ayuda a bañarse?	1	2	9		
COMER						
D11	¿Tiene alguna dificultad para comer, incluyendo cortar la comida, llenar los vasos, etc.?	1 → D12	2 → D13	9 → D13		
D12	¿Alguien le ayuda a comer?	1	2	9		
IR A LA CAMA						
D13	¿Tiene dificultad para acostarse o pararse de la cama?	1 → D14	2 → D16	9 → D16		

SECCION D: ESTADO FUNCIONAL (AVD / AIVD)				
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS		
D14	¿Ha usado alguna vez algún aparato o instrumento de apoyo para acostarse o pararse de la cama?	1	2	9
D15	¿Alguien le ayuda a acostarse o pararse de la cama?	1	2	9
USO INODORO				
D16	¿Tiene dificultad para usar el servicio sanitario, incluyendo sentarse y levantarse del escusado o inodoro?	1 → D17	2 → GP7	9 → GP7
D17	¿Ha usado alguna vez un aparato o instrumento de apoyo para usar el servicio sanitario?	1	2	9
D18	¿Alguien le ayuda a usar el servicio sanitario?	1	2	9

SECCION G: RED DE APOYO –AYUDA BRINDADA		Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/>	
Las familias y amistades se apoyan unas a otras de diferentes maneras, como parte de esta investigación se requiere saber como lo hacen, por lo que ahora le voy a preguntar por el apoyo que usted recibe o proporciona.			
NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
GP7	¿Usted (o su cónyuge) le ayudó a algún familiar con actividades básicas como vestirse, comer, o bañarse debido a un problema de salud? Excluya ayuda con actividades del hogar, mandados y transporte.	Si No NS/NR	1 → GP9 2 → GP63a 9 → GP63a
GP9	¿A quién ayuda principalmente con estas labores? (Pregunte exhaustivamente)	Cónyuge Hijos varones en casa Hijas mujeres en casa Hijos hombres fuera de casa Hijas mujeres fuera de casa Hijos en la casa todos por igual Hijos fuera de la casa todos por igual Todos por igual Padre Madre Suegro Suegra Otro NS/NR	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 88 99
GP10	Durante el mes pasado, en promedio,	Días	<input type="text"/>

SECCION G: RED DE APOYO –AYUDA BRINDADA	Hora al iniciar: <input type="text"/> : <input type="text"/>
--	---

Las familias y amistades se apoyan unas a otras de diferentes maneras, como parte de esta investigación se requiere saber como lo hacen, por lo que ahora le voy a preguntar por el apoyo que usted recibe o proporciona.

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS	
	¿cuántos días por semana usted ayudó a esta persona(s) con estas labores?	NS/NR	9
GP11	Durante la última semana, en promedio, ¿cuántas horas al día estuvo usted ayudando o supervisando esta persona(s) con las tareas?	Horas <input type="text"/>	99
GP12	¿Cuántos años ha estado ayudando o supervisando esta persona(s) con cualquiera de estas tareas?	Menos de un año 1 a 5 años Más de 5 años NS/NR	1 2 3 99
GP14	¿Qué tan frecuentemente se siente estresado por tener que atender a esta persona y llevar a cabo sus otras responsabilidades? Diría que...	Nunca Algunas veces Bastante a menudo Casi siempre NS/NR	1 2 3 4 9

En la sociedad de hoy en día, algunas personas se sienten estresados o ansiosos mientras otros no. Le voy a mencionar algunos problemas. Para cada uno, por favor dígame si **actualmente** esto lo hace sentir estresado o ansioso.

[SI RESPONDE SI EN GP63, PREGUNTE GP64]

	GP63. ¿Esto lo hace sentir estresado o ansioso?		GP64. ¿Hace cuánto siente este estrés o ansiedad?
Problema	0. No	1. Sí	1. Menos de un año 2. Más de un año
a. Su salud	0 → (Siguiendo GP63...)	1	—
b. Su situación financiera	0 → (Siguiendo GP63...)	1	—
c. Problemas de trabajo <input type="checkbox"/> 8. No Aplica → (Siguiendo GP63)	0 → (Siguiendo GP63...)	1	—
d. Las relaciones con su familia <input type="checkbox"/> 8. No Aplica → (Siguiendo GP63)	0 → (Siguiendo GP63...)	1	—
e. La salud de sus padres u otros miembros de la familia <input type="checkbox"/> 8. No Aplica → (Siguiendo GP63)	0 → (Siguiendo GP63...)	1	—

H28	TOMA DE PRESION 2 Ahora si usted me lo permite le voy a tomar de nuevo la presión arterial en su brazo	Segunda medición <input type="text"/> / <input type="text"/> H28a H28b No se pudo tomar 999 / 999
-----	---	---

SECCION K: ANTROPOMETRIA

Hora al iniciar: |_|_|:|_|_|

Ahora vamos a pasar a una parte más dinámica de la entrevista. la siguiente sección es muy importante y durante los próximos minutos estaremos realizando algunos ejercicios y le tomaremos algunas medidas

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
K2	¿Puede el entrevistado ponerse de pie?	Si 1 →K3 No 2 →K5 Rechaza la antropometría →Fin entrevista
K3	Peso (en Lbrs)	Libras_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K4	Estatura	Estatura_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
KN17	Entrevistador: Observe si la persona tiene alguna curvatura visible en la espalda (joroba).	Si 1 No 2 No es posible observar 3
K5	Altura de la rodilla	Altura_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K8a	Circunferencia de la pantorrilla	Circunferencia_____cm No puede pararse 995 Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K6	Circunferencia de la cintura	Circunferencia_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K7	Circunferencia de la cadera	Circunferencia_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K9	Circunferencia del brazo	Circunferencia_____cm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998

K10	Pliegue tricipital	Pliegue _____ mm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K10	Pliegue subescapular	Pliegue _____ mm Rehusó 996 Se trató pero no se pudo 997 No se intentó 998
K12	¿Ha tenido usted alguna operación en los brazos ó en las manos en los últimos tres meses?	Si 1 →L1 No 2 NS/NR 9
Siente al entrevistado por al menos 3 minutos antes de la primera medición, en el brazo dominante, luego espere otros tres minutos antes de la segunda medición en el mismo brazo.		
K13	Fuerza de la mano (Dinamómetro) Primera vez	Fuerza _____ kgs Trató, pero no pudo 95 Entrevistado incapacitado 97 →L1 No se intentó por seguridad 96 →L1 Rehusó hacerlo 98 →L1
K14	Fuerza de la mano (Dinamómetro) Segunda Vez	Fuerza _____ kgs Trató, pero no pudo 95 Entrevistado incapacitado 97 →L1 No se intentó por seguridad 96 →L1 Rehusó hacerlo 98 →L1
K15	Apunte la mano utilizada para el Dinamómetro	Derecha 1 <input type="checkbox"/> Izquierda 2 <input type="checkbox"/>
Hora al terminar: _ _ : _ _		

SECCION L: FLEXIBILIDAD Y MOVILIDAD

Hora al iniciar: |_|_|:|_|_|

Para continuar, necesito hacerle algunas pruebas para medir su movilidad y flexibilidad. Le mostraré como hacer el ejercicio, si cree que es peligroso para usted o que no puede hacerlo, le ruego que me lo diga y pasamos a otra prueba

NO.	PREGUNTAS	CATEGORIAS Y CODIGOS
L1	¿Tiene algún problema que le impida realizar alguna prueba de movilidad y flexibilidad?	Si 1 →Fin No 2 →L3
L3a	Manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho, párese tan rápidamente como pueda, cinco veces sin hacer pausas. (Avísele al entrevistado cuando comenzar. Si no puede hacerlo en menos de 30 segundos, no deje que siga y anote el número de intentos.)	Se realizó 1 →L3b Trató, pero no pudo 95 →L3e No se intentó por seguridad 96 →L4 Rehusó hacerlo 98 →L4
L3b	Duración de la prueba (segundos)	_ _ segundos <input type="checkbox"/>
L3c	Duración de la prueba (centésimas)	_ _ centésimas <input type="checkbox"/>
L3d	Altura de la silla	_ _ centímetros <input type="checkbox"/>
L3e	Número de intentos	Intentos _____
L4	¿Ha tenido una operación de cataratas o una intervención en la retina en las últimas seis semanas?	Si 1 →L6 No 2 NS/NR 9
L5	Agacharse y recoger un lápiz. Estando de pie, por favor agáchese, recoja este lápiz y enderécese. (Entrevistador: Ponga el lápiz en el piso al frente del entrevistado y avísele cuando comenzar. Si el entrevistado no puede hacerlo en menos de 30 segundos, no deje que siga)	_ _ segundos Trató, pero no pudo 95 No se intentó por seguridad 96 Rehusó hacerlo 98
L6	Levantar y caminar Estando en una silla, por favor levántese y camine hasta el lugar que le indique (Entrevistador: la distancia a caminar es de 3 metros)	_ _ segundos Trató, pero no pudo 95 No se intentó por seguridad 96 Rehusó hacerlo 98

¡Hemos terminado la entrevista! Muchas gracias por su cooperación

PDA registra hora al terminar: |_|_|:|_|_|

Hemos terminado la entrevista! Muchas gracias por su cooperación					
ENTREVISTADOR: INDICAR SI LA ENTREVISTA SE EFECTUO DE MANERA CONTINUA O SUFRIO INTERRUPCIONES (3 O MAS MINUTOS)	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Continúa</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">1</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Con interrupciones</td> <td style="text-align: right; padding: 2px;">2</td> </tr> </table>	Continúa	1	Con interrupciones	2
Continúa	1				
Con interrupciones	2				

PDA registra hora al terminar: :