

GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE FACTORES DE RIESGO DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES

Lugar _____ Fecha _____

Instrucciones: explique a la persona mayor que se requieren respuestas de **sí** o **no** para la mayoría de las siguientes preguntas; marque las respuestas en los espacios correspondientes.

Las respuestas en **espacios sombreados** representan factores de riesgo, márkelos en la columna de la derecha.

Información de la persona mayor

Factores de riesgo

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Código de identificación: _____

Nombre(s) y apellidos: _____ Sexo: H M

Fecha de nacimiento: _____ Edad (en años): _____

Domicilio: _____

Estado civil: _____ Teléfono: _____

Ocupación principal: _____ Recibe remuneración: Sí No

Años realizando la ocupación y recibiendo remuneración: _____

Último grado de estudios: _____ Años de escolaridad contados a partir de primaria:

HÁBITOS DE VIDA

¿Pasa más de 2 horas continuas sentado(a) o acostado(a), durante el día? No Sí

¿Hace 15 minutos o más de ejercicio físico al menos 3 veces a la semana? Sí No

¿En los últimos 3 meses se ha sentido más cansado(a) o agotado(a)? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para caminar 1 cuadra o 100 metros? No Sí

¿En los últimos 3 meses ha tenido dificultad para subir 1 piso de escaleras sin hacer pausas? No Sí

¿Ha tenido dificultad para cargar objetos de 5 kg o más (1 bolsa grande de mandado)? No Sí

¿Actualmente consume bebidas alcohólicas? No Sí

Si la respuesta a la pregunta anterior fue sí, pregunte: ¿Toma 5 o más copas cuando bebe? No Sí

¿Actualmente fuma? No Sí

¿Se expone a humo de cigarro o de leña? No Sí

¿Considera que su alimentación habitual es saludable? Sí No

¿En los últimos 3 meses ha tenido con frecuencia dificultad para dormir? No Sí

¿Duerme durante el día por lapsos de más de 20 minutos? No Sí

¿Durante las noches se levanta 2 o más veces para ir al baño (a orinar)? No Sí

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

En general, ¿cómo considera su estado de salud, bueno o malo? Bueno Malo

¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones? No Sí

¿Tiene visión borrosa o le cuesta trabajo enfocar, aun con lentes? No Sí

¿En los últimos 2 años ha perdido 5 kg o más de peso, sin proponérselo? No Sí

¿Cuánto pesa? (kg) ¿Cuánto mide de estatura? (m) Índice de masa corporal: kg/m²

¿Sufre algún dolor que limite sus actividades? No Sí

¿En los últimos 2 años ha tenido escapes involuntarios de orina? No Sí

- Mujer
- 75 o más
- Trabajo remunerado por <10 años
- Escolaridad <12 años
- Sedentarismo
- Inactividad física
- Extenuación
- Dificultad para la marcha
- Fuerza disminuida
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco
- Exposición a biomasa
- Alimentación no saludable
- Insomnio
- Somnolencia diurna
- Nocturia
- Auto percepción de mala salud
- Déficit auditivo
- Déficit visual
- Pérdida de peso
- IMC <18.5 o >35
- Dolor crónico
- Incontinencia urinaria

PROCESO SALUD-ENFERMEDAD (cont.)

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted tiene...

...presión alta? No Sí ...diabetes? No Sí ...artritis? No Sí
 ...Alzheimer u otra demencia? No Sí ...asma, bronquitis crónica o enfisema pulmonar? No Sí
 osteoporosis? Sí No

¿Alguna vez un doctor u otro profesional de salud le ha dicho que usted ha tenido...

...depresión? No Sí ...enfermedad del corazón? No Sí ...una embolia cerebral? No Sí

¿Tiene 20 o más dientes? Sí No

¿Toma 3 medicamentos o más que le haya recetado un doctor? No Sí

ASPECTOS SOCIALES

¿Vive solo? No Sí

¿Es propietario(a) de la casa donde vive? Sí No

¿En caso de enfermedad tiene alguien que lo(a) asista? Sí No

¿En caso de problemas o necesidad, cuenta con alguien que lo(a) apoye? Sí No

¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades? Sí No

¿Se siente satisfecho(a) con su convivencia familiar? Sí No

¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar en sus propios asuntos? Sí No

¿Se siente amenazado(a) por alguien? No Sí

¿En su comunidad realiza actividades recreativas o de esparcimiento? Sí No

¿Mantiene contacto con amistades? Sí No

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido(a)? No Sí

¿En las últimas 2 semanas ha perdido el interés por las cosas que le agradan? No Sí

¿Con frecuencia se siente ansioso(a) o angustiado(a)? No Sí

¿Tiene problemas de memoria desde hace 6 meses o más? No Sí

Si la respuesta a la pregunta anterior fue si, haga la siguiente pregunta:

¿Estos problemas de memoria afectan su capacidad para hacer sus cosas del día a día? No Sí

- Multimorbilidad
 (2 o más enfermedades)
- Edentulismo parcial
- Polifarmacia

- Aislamiento
- Vivienda no propia
- Red social limitada
- Ingresos insuficientes
- Insatisfacción familiar
- Falta de autonomía
- Posible maltrato
- Poca participación social

- Posibles síntomas depresivos
- Posible ansiedad
- Posible deterioro cognitivo

Nombre(s) y apellido(s) de quien realizo la entrevista:

Firma