

# Manejo inicial 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.

## 1. Ficha de identificación

### Factores de riesgo

### INFORMACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

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:

- Mujer
- 75 o más
- Trabajo remunerado por <10 años
- Escolaridad <12 años

## 2. Guía de entrevista sobre factores de riesgo de discapacidad en personas mayores

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON 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

- 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

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL 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, aún 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/m<sup>2</sup>

¿Sufre algún dolor que limite sus actividades?  No  Sí

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

- Auto percepción de mala salud
- Déficit auditivo
- Déficit visual
- Pérdida de peso
- IMC <18.5 o >35
- Dolor crónico
- Incontinencia urinaria

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL 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?  No  Sí

¿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

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON 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

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON 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 sí, 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

**Observaciones:**

Código de identificación: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y apellidos de la persona mayor: \_\_\_\_\_

### 3. Informe de factores de riesgo de discapacidad en personas mayores y sus intervenciones básicas

#### FACTORES DE RIESGO NO MODIFICABLES DETERMINADOS

Mujer	<input type="checkbox"/>
75 o más años de edad	<input type="checkbox"/>
12 años o menos de escolaridad	<input type="checkbox"/>
10 años o menos de trabajo remunerado	<input type="checkbox"/>

#### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON HÁBITOS DE VIDA

**Factores de riesgo identificados:**

**Intervenciones básicas:**

#### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

**Factores de riesgo identificados:**

**Intervenciones básicas:**

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS SOCIALES

**Factores de riesgo identificados:**

**Intervenciones básicas:**

### FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS CON ASPECTOS PSICOLÓGICOS

**Factores de riesgo identificados:**

**Intervenciones básicas:**

Nombre(s) y apellido(s) de quien realizó:

Firma

