

IDENTIFICACIÓN DE FACTORES DE RIESGO DEL ADULTO MAYOR EN CUIDADOS PALIATIVOS

Fecha de aplicación del cuestionario. Lugar

Potencial factor de riesgo de pérdida de funcionalidad en personas adultas mayores

Datos de identificación.
 PERSONA ADULTA MAYOR.

Número de expediente/afiliación:

Nombre y apellidos.

Sexo. Mujer Hombre Mujer

Fecha de nacimiento. día mes año. Edad (años cumplidos). 75 ó más

Domicilio completo:

Teléfono: ()

Ocupación. Duración en años. 0 a 10 años de trabajo remunerado

Escolaridad en años completos. Menos de 12 años

Estado civil.

Instrucciones: solicite a la persona adulta mayor que responda las siguientes preguntas y registre según corresponda.

FACTORES DE RIESGO DE PÉRDIDA DE FUNCIONALIDAD

1. Hábitos de vida.

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

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

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

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

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

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

¿Consume bebidas alcohólicas? No Si

Preguntar solo si la respuesta a la pregunta previa fue si.
 ¿Toma 5 o más copas cuando bebe? No Si

¿Fuma? No Si

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

¿Considera que su alimentación habitual es saludable? Si No

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

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

¿Durante las noches se levanta 2 o más veces para ir al baño? No Si

2. Proceso salud-enfermedad.

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

¿Tiene dificultad para escuchar o comprender conversaciones? No Si

¿Tiene visión borrosa o le cuesta trabajo enfocar, aún con lentes? No Si

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

[Por autoreporte]

¿Cuánto pesa? kg Cálculo del Índice de Masa Corporal. Peso en kilogramos. Talla en metros. Peso entre talla y el resultado nuevamente entre talla IMC IMC menor 18.5 o mayor de 29 kg/m2

¿Cuánto mide de estatura? m

¿Sufrir algún dolor que limite sus actividades? No Si

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

Alguna vez le ha dicho un doctor o personal médico que usted tiene?...:

¿Presión alta? ¿Diabetes? ¿Artritis? Ninguna

¿Alzheimer u otra demencia? ¿Asma, bronquitis crónica o enfisema pulmonar? Osteoporosis

¿Depresión? ¿Un infarto cardiaco? ¿Una embolia cerebral? Tiene 1 o más

¿Tiene 20 o más dientes? Si No

¿Toma 3 medicamentos o más que le haya recetado un médico? No Si

¿En el último año ha sufrido alguna caída? No Si

3. Aspectos sociales

¿Vive solo?

No

Si

¿Es propietario de la casa donde vive?

Si

No

¿En caso de enfermedad tiene alguien que lo asista?

Si

No

¿En caso de problemas o necesidad cuenta con alguien que lo apoye?

Si

No

¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?

Si

No

¿Se siente satisfecho con su convivencia familiar?

Si

No

¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar en sus propios asuntos?

Si

No

¿Se siente amenazado por alguien?

No

Si

¿En su comunidad realiza actividades de recreación o de esparcimiento?

Si

No

¿Mantiene contacto con amistades?

Si

No

4. Aspectos psicológicos

¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste o deprimido(a)?

No

Si

¿En las últimas 2 semanas ha perdido el interés por las cosas que le agradan?

No

Si

¿Con frecuencia se siente ansioso(a) o angustiad(a)?

No

Si

¿Tiene problemas de memoria desde hace 6 meses o más?

No

Si

Preguntar solo si la respuesta a la pregunta previa fue si.

¿Estos problemas de memoria afectan su capacidad para hacer sus cosas del día a día?

No

Si

Nombre y apellidos del entrevistador