

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

CARACTERIZACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

**Prevalencia de discapacidad y factores asociados en la población económicamente activa de las zonas de influencia de los Médicos en Servicio Social del periodo 2013-2014.
HONDURAS .C.A.**

1. Número del entrevistado _____
2. Nombre del entrevistador: _____
3. Fecha de la entrevista: _____
4. Lugar _____
5. ¿Cuántas personas habitan en la casa? _____
6. ¿Cuál es la unidad de salud que visita? _____

I. DATOS GENERALES.

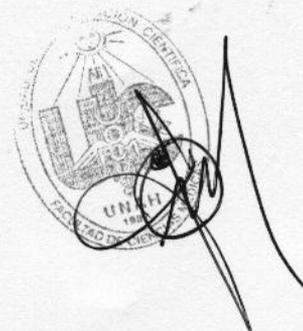
Instrucciones: a continuación se le presentaran una serie de preguntas las cuales deberá contestar encerrando solo una respuesta.

1. ¿Qué edad tiene? _____
Sexo: a. Femenino b. Masculino.

2. Grado de instrucción
 - a) Pre básica incompleta.
 - b) Pre básica completa.
 - c) Básica incompleta.
 - d) Básica completa.
 - e) Secundaria incompleta.
 - f) Secundaria completa.
 - g) Universidad incompleta.
 - h) Universidad completa.
 - i) Ninguno.

3. ¿Cuál es su estado civil actual?
 - a. Nunca ha estado casado.
 - b. Actualmente casado.
 - c. Separado.
 - d. Divorciado.
 - e. Viudo.
 - f. Viviendo en unión libre.

4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral?
 - a. Asalariado
 - b. Trabaja por su propia cuenta
 - c. Trabajo no remunerado (voluntario)
 - d. Estudiante
 - e. Responsable de los quehaceres de la casa
 - f. Jubilado
 - g. pensionado
 - h. Desempleado por salud
 - i. Desempleado por otros motivos
 - j. Ninguna (no trabaja y no estudia)
 - k. Otras: Especifique _____



II. CAUSAS DE DISCAPACIDAD.

Instrucciones: en las siguientes preguntas conteste no o si según sea el caso, en las que responde afirmativamente pasar a contestar el cuadro colocado abajo anotando el número según el grado de dificultad que tenga.

1. ¿Cuál es la causa de su problema?

- a) Congénita.
- b) Adquirida.

Si contesta afirmativamente adquirida indicar tipo:

- a) Violencia
- b) Accidentes: Laboral: _____ Común: _____
- c) Enfermedad común



III. DEFICIENCIAS EN FUNCIONES Y ESTRUCTURAS.

*Ir a anexo # 1

	Funciones	Si	No		Funciones	Si	No
a)	Mentales			i)	Metabólico		
b)	Sensoriales y dolor			j)	Endocrino		
c)	De la voz y el habla			k)	Genitourinarias		
d)	Sistema cardio-vascular			l)	Reproductoras		
e)	Digestivo			m)	Neuromuscular		
f)	Hematológico			n)	Esqueléticas		
g)	Inmunológico			o)	Piel y las estructuras relacionadas		
h)	Respiratorio						

	Estructuras	Si	No		Estructuras	Si	No
a)	Sistema nervioso			h)	Digestivo		
b)	Ojo			i)	Metabólico		
c)	Oído y las estructuras relacionadas			j)	Endocrino		
d)	Involucradas en la voz y el habla			k)	Genitourinario reproductor y		
e)	Cardiovascular			l)	Estructuras relacionadas con movimiento		
f)	Inmunológico			m)	Piel y las estructuras relacionadas		
g)	Respiratorio						

IV. Limitación de la actividad, restricción en la participación, y grado de discapacidad.

Instrucciones: en las siguientes preguntas conteste no o si según sea el caso, en las que responde afirmativamente pase a contestar en el cuadro colocado abajo anotando el número según el grado de dificultad que tenga. Si es no pase a la siguiente pregunta.

*Ir a anexo # 2

1. Comprensión y comunicación: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿tiene problemas para concentrarse y hacer algo durante diez minutos?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿tiene problemas para recordar cosas importantes que tiene que hacer?

No ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿tiene dificultad en analizar y solucionar los problemas diarios?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿tiene problemas para aprender una nueva tarea como llegar a un lugar donde nunca ha estado?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

5. ¿tiene problemas para entender lo que dice la gente?

no ___

si ___

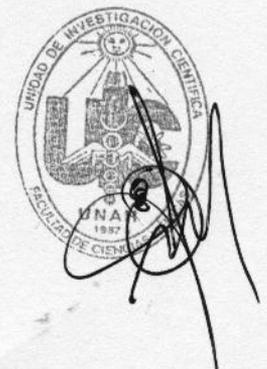
leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

6. ¿tiene problemas para iniciar o mantener una conversación?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



2. Capacidad para moverse en su alrededor o entorno: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿Tiene problemas para estar de pie durante largos períodos de tiempo como por Ejemplo 30 minutos?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿Tiene problemas para ponerse de pie cuando estaba sentado?

no ___

si ___

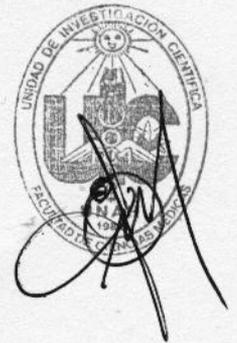
leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿Tiene problemas para moverse dentro de su casa?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



4. ¿Tiene problemas para salir de su casa?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

5. ¿Tiene problemas para caminar largas distancias como por ejemplo 1 Km?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. Cuidado personal: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

1. ¿tiene problemas para bañarse (lavarse todo el cuerpo)?

no ___

si ___

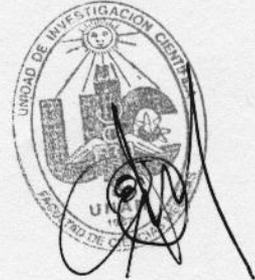
leve moderada severa extrema
1 2 3 4

2. ¿tiene problemas para vestirse?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



3. ¿tiene problemas para comer?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿tiene problemas para estar solo durante unos días?

no ___

si ___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. Relacionarse con otras personas: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

*Ir a anexo # 3

1. ¿Tiene problemas para relacionarse con personas que no conoce?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

2. ¿Tiene problemas para mantener una amistad?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

3. ¿Tiene problemas para llevarse bien con personas cercanas a usted?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

4. ¿Tiene problemas para hacer nuevos amigos?

no___

si___

leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4

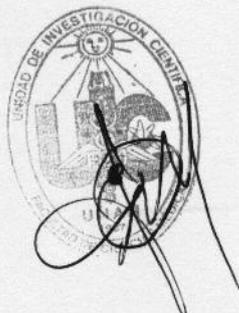
5. ¿Tiene problemas para tener relaciones íntimas?

no___

si___

No aplica___

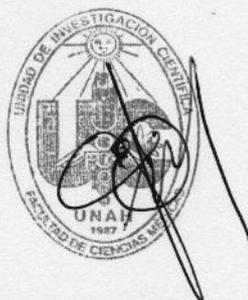
leve	moderada	severa	extrema
1	2	3	4



5. Actividades de la vida diaria: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido para:
 No aplica _____

Vida domestica

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Completa
5.1 Cumplir con los quehaceres de la casa	1	2	3	4	5
5.2 Realizar bien los quehaceres de la casa más importantes	1	2	3	4	5
5.3 Acabar todo el trabajo de la casa que tenía que hacer	1	2	3	4	5
5.4 Acabar sus quehaceres de la casa tan rápido como era necesario	1	2	3	4	5



Si trabaja o estudia: en los últimos 30 días cuánta dificultad ha tenido.

*Ver pregunta 5 de la sección No.1

	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema
5.5 Realizar su trabajo diario	1	2	3	4	5
5.6 Realizar bien las tareas más importantes de su trabajo	1	2	3	4	5
5.7 Acabar todo el trabajo que necesitaba hacer	1	2	3	4	5
5.8 Acabar su trabajo tan rápido como era necesario	1	2	3	4	5

6. Participación en sociedad: en los últimos 30 días.

1. ¿Ha tenido dificultad para participar, al mismo nivel que el resto de personas en actividades de la comunidad (fiestas, religiosas u otras)? Sí ___ No ___ No aplica ___

	Ninguna	Leve Moderada Severa Extrema			
		1	2	3	4
6.1 ¿Ha tenido dificultad para participar al mismo nivel que el resto de las personas en actividades de la comunidad? (fiestas, religiosas u otras)	1	2	3	4	5
6.2 ¿Ha tenido dificultad debido a barreras u obstáculos existentes en su entorno?	1	2	3	4	5
6.3 ¿Ha tenido dificultad para vivir con dignidad o respeto debido a las actitudes y acciones de otras personas?	1	2	3	4	5
6.4 ¿Ha invertido tiempo para buscar ayuda para su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.5 ¿Ha tenido dificultad emocional en su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.6 ¿Ha tenido que invertir dinero de sus ingresos y de su familia en su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.7 ¿Ha tenido dificultad su familia debido a su estado de salud?	1	2	3	4	5
6.8 ¿Ha tenido dificultad para realizar por sí mismo cosas que le ayuden a relajarse o disfrutar?	1	2	3	4	5

1. ¿Ha estado recibiendo atención por algún programa de rehabilitación?

Sí ___ No ___



INSTRUCCIONES:

Entregar tarjetas número 1 y 2 al paciente desde inicio de la entrevista.

Tarjeta No.1 (Tener en cuenta los últimos 30 días)

Tener dificultades en una actividad quiere decir: Aumento de esfuerzo, Malestar o dolor, Lentitud, Cambios en el modo de realizar la actividad.

Tarjeta No. 2

1	2	3	4
Leve	Moderado	Grave	Completo
(Aumento de esfuerzo, malestar o dolor, lentitud, cambios en modo de realizar la actividad)	(Asistencia en un 50%)	(Asistencia en un 75%)	(Asistencia en un 100%)