

CONVENIO 3319 DE 2007

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA
Grupo de investigación Ocupación e Inclusión
social

SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN
SOCIAL

INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN DE
CONDICIONES
DE LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD SEVERA
BENEFICIARIA DEL PROYECTO CANASTA BÁSICA
DE ALIMENTOS

LOCALIDAD	
BARRIO	UPZ:
DIRECCION RESIDENCIA:	TELEFONO(S):
NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD SEVERA BENEFICIARIA DE LA CANASTA BÁSICA	EDAD: _____ _____
	DOCUMENTO DE IDENTIDAD: _____ _____
NOMBRE DEL CUIDADOR:	
NOMBRE DE QUIEN RECIBIÓ LA VISITA:	
FECHA DE LA VISITA	
NOMBRES DE QUIENES REALIZAN LA VISITA: _____ _____ _____	PROFESIONES: _____ _____ _____

En la construcción de este instrumento se retomaron preguntas de diferentes fuentes, entre ellas el Censo del DANE (2005).

I. INFORMACIÓN DE LA PERSONA EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD Y BENEFICIARIA DE LA CANASTA BÁSICA DE ALIMENTOS

A. Señale el nivel de escolaridad alcanzado:	
1. Ninguno	<input type="radio"/>
2. Primaria incompleta	<input type="radio"/>
3. Primaria completa	<input type="radio"/>
4. Secundaria incompleta	<input type="radio"/>
5. Secundaria completa	<input type="radio"/>
6. Estudios técnicos o tecnológicos incompletos	<input type="radio"/>
7. Estudio técnicos o tecnológicos completos	<input type="radio"/>
8. Estudios universitarios incompletos	<input type="radio"/>
9. Estudios universitarios completos	<input type="radio"/>
B. En caso de haber alcanzado algún nivel incompleto, señale cuál es la razón principal por la cual no estudia actualmente:	
1. Porque ya termino o considera que ya no esta en edad de estudiar	<input type="radio"/>
2. Costo educativo elevado o falta de dinero	<input type="radio"/>
3. Falta de tiempo	<input type="radio"/>
4. No aprobó el examen de ingreso	<input type="radio"/>
5. Falta de cupos	<input type="radio"/>
6. No existe centros educativos cercanos	<input type="radio"/>
7. Necesita trabajar	<input type="radio"/>
8. No le gusta o no le interesa el estudio	<input type="radio"/>
9. Perdió el año o fue expulsado	<input type="radio"/>
10. Su familia no quiere que estudie	<input type="radio"/>
11. Por su discapacidad	<input type="radio"/>
12. Otra razón	<input type="radio"/>

C. Por su condición de salud, presenta alteraciones permanentes en:	
1. El sistema nervioso	<input type="radio"/>
2. Los ojos	<input type="radio"/>
3. Los oídos	<input type="radio"/>
4. Los demás órganos de los sentidos (olfato, tacto y gusto)	<input type="radio"/>
5. La voz y el habla	<input type="radio"/>
6. El sistema cardiorrespiratorio y las defensas	<input type="radio"/>
7. La digestión, el metabolismo, las hormonas	<input type="radio"/>
8. El sistema genital y reproductivo	<input type="radio"/>
9. El movimiento del cuerpo, manos, brazos, piernas, la piel	<input type="radio"/>
10. Otra	<input type="radio"/>
11. Ninguna	<input type="radio"/>

D. Hace cuántos años presenta esta condición de salud?

E. Actualmente vive acompañado?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

En caso de haber respondido afirmativamente la anterior pregunta, señale:

F. Número de personas que integran este hogar

G. Número de personas que presentan discapacidad

H. Ha tenido atención general en salud en los últimos 6 meses?:	
Si	<input type="radio"/>
No	<input type="radio"/>

I. En su hogar o entorno social, señale si alguna(s) de las siguientes personas presentan actitudes negativas que le impidan desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?:	
Familiares	<input type="radio"/>
Amigos, compañeros	<input type="radio"/>
Vecinos	<input type="radio"/>
Funcionarios, empleados	<input type="radio"/>
Otras personas	<input type="radio"/>
Nadie	<input type="radio"/>

J. En qué lugares de su vivienda o entorno físico, encuentra barreras que le impiden desarrollar su actividad diaria con mayor autonomía?:	
1. Dormitorio	<input type="radio"/>
2. Sala -comedor	<input type="radio"/>
3. Baño-sanitario	<input type="radio"/>
4. Escaleras	<input type="radio"/>
5. Pasillo y patio	<input type="radio"/>
6. Andenes, aceras	<input type="radio"/>
7. Calles, vías	<input type="radio"/>
8. Parques, plazas, estadios, teatros, iglesias	<input type="radio"/>
9. Paraderos, terminales de transporte	<input type="radio"/>
10. Vehículos de Transporte publico	<input type="radio"/>
11. Centros educativos	<input type="radio"/>
12. Lugares de trabajo	<input type="radio"/>
13. Centros de salud, hospitales	<input type="radio"/>
14. Centros comerciales, tiendas, plazas de mercado	<input type="radio"/>
15. Otros lugares	<input type="radio"/>
16. Ninguno	<input type="radio"/>

K. Tiempo que lleva de estar residiendo en esta vivienda

L. Le ordenaron usar ayudas especiales, prótesis o medicamentos permanentes?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

II. INFORMACIÓN DEL CUIDADOR(A) DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

A. Género del (a) Cuidador (a)?:	
1. Femenino	<input type="radio"/>
2. Masculino	<input type="radio"/>

B. La relación/parentesco del cuidador con la persona con discapacidad es:	
1. Familiar	<input type="radio"/>
2. Vecino	<input type="radio"/>
3. Empleado	<input type="radio"/>
4. Amigo	<input type="radio"/>
5. Otra	<input type="radio"/>

C. Edad actual de cuidador:	
1. Menos de 10 años	<input type="radio"/>
2. De 10 a 17 años	<input type="radio"/>
3. De 18 a 25 años	<input type="radio"/>
4. De 26 a 35 años	<input type="radio"/>
5. De 36 a 50 años	<input type="radio"/>
6. De 51 o más años	<input type="radio"/>

D. Señale el nivel de escolaridad alcanzado:	
1. Ninguno	<input type="radio"/>
2. Primaria incompleta	<input type="radio"/>
3. Primaria completa	<input type="radio"/>
4. Secundaria incompleta	<input type="radio"/>
5. Secundaria completa	<input type="radio"/>
6. Estudios técnicos o tecnológicos incompletos	<input type="radio"/>
7. Estudio técnicos o tecnológicos completos	<input type="radio"/>
8. Estudios universitarios incompletos	<input type="radio"/>
9. Estudios universitarios completos	<input type="radio"/>
E. En caso de haber alcanzado algún nivel incompleto, señale cuál es la razón principal por la cual no estudia actualmente:	
1. Porque ya terminé o considera que ya no está en edad de estudiar	<input type="radio"/>
2. Costo educativo elevado o falta de dinero	<input type="radio"/>
3. Falta de tiempo	<input type="radio"/>
4. No aprobó el examen de ingreso	<input type="radio"/>
5. Falta de cupos	<input type="radio"/>
6. No existe centros educativos cercanos	<input type="radio"/>
7. Necesita trabajar	<input type="radio"/>
8. No le gusta o no le interesa el estudio	<input type="radio"/>
9. Perdió el año o fue expulsado	<input type="radio"/>
10. Su familia no quiere que estudie	<input type="radio"/>
11. Otra razón	<input type="radio"/>

F. Qué actividades o relaciones ha tenido que reducir sustancialmente o suprimir para poder dedicarse al cuidado de la persona con discapacidad?:	
1. Ninguna porque este es su trabajo	<input type="radio"/>
2. Su trabajo remunerado o estudios	<input type="radio"/>
3. Su trabajo doméstico	<input type="radio"/>
4. Su vida familiar	<input type="radio"/>
5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales	<input type="radio"/>
6. Otras actividades habituales	<input type="radio"/>
7. Ninguna en especial	<input type="radio"/>

G. Percibe algún tipo de compensación económica por prestar cuidados a la persona con discapacidad?:	
1. Si regularmente	<input type="radio"/>
2. De vez en cuando	<input type="radio"/>
3. Nunca	<input type="radio"/>

H. Durante los últimos 6 meses, ha estado principalmente:	
1. Trabajando	<input type="radio"/>
2. Buscando trabajo	<input type="radio"/>
3. Incapacitado permanentemente para trabajar-sin pensión	<input type="radio"/>
4. Incapacitado permanentemente para trabajar-con pensión	<input type="radio"/>
5. Estudiando	<input type="radio"/>
6. Realizando oficios del hogar	<input type="radio"/>
7. Recibiendo renta	<input type="radio"/>
8. Pensionado-jubilado	<input type="radio"/>
9. Atendiendo a la persona con discapacidad	<input type="radio"/>
10. Otra actividad	<input type="radio"/>

I. En caso haber respondido "estar trabajando", continúe con las siguientes tres preguntas (en caso contrario, pase a la pregunta K): Qué tipo de contrato tiene:	
1. A término fijo	<input type="radio"/>
2. A término indefinido	<input type="radio"/>
3. Sin contrato	<input type="radio"/>
J. La actividad económica en la cual trabaja actualmente se relaciona con:	
1. Industria	<input type="radio"/>
2. Comercio	<input type="radio"/>
3. Agrícola	<input type="radio"/>
4. Pecuaria	<input type="radio"/>
5. Servicio	<input type="radio"/>
6. Otra actividad	<input type="radio"/>
K. En el trabajo se desempeña como:	
1. Obrero-empleado del gobierno	<input type="radio"/>
2. Obrero – empleado particular	<input type="radio"/>
3. Jornalero o peón	<input type="radio"/>
4. Patrón o empleador	<input type="radio"/>
5. Trabajos por cuenta propia	<input type="radio"/>
6. Empleado(a) doméstico(a)	<input type="radio"/>
7. Trabajador familiar sin remuneración	<input type="radio"/>

L. Participa en actividades:	
1. Con la familia y amigos	<input type="radio"/>
2. Con la comunidad	<input type="radio"/>
3. Religiosas o espirituales	<input type="radio"/>
4. Productivas	<input type="radio"/>
5. Deportivas o de recreación	<input type="radio"/>
6. Culturales	<input type="radio"/>
7. Educación no formal	<input type="radio"/>
8. Ciudadanas	<input type="radio"/>
9. Otras	<input type="radio"/>
10. Ningunas	<input type="radio"/>

M. Actualmente participa en alguna organización, grupo o red relacionada con el tema de la discapacidad?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>
N. En caso de haber respondido "No" en la pregunta anterior, señale la razón principal por la cual no participa en ninguna organización (en caso contrario, pase a la pregunta "N"):	
1. Falta de dinero	<input type="radio"/>
2. Falta de tiempo	<input type="radio"/>
3. No existe o no la conoce	<input type="radio"/>
4. Siente rechazo u obstaculización	<input type="radio"/>
5. No cree en ellas	<input type="radio"/>
6. Sus principios o creencia se lo impiden	<input type="radio"/>
7. Prefiere resolver sus problemas, solo	<input type="radio"/>
8. Otra	<input type="radio"/>

O. Usted o su familia han recibido orientación/capacitación sobre el manejo de la discapacidad?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

P. Usted o su familia han recibido orientación/capacitación sobre el derechos de las personas con discapacidad?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

Q. Considera que debido a su actividad como cuidador(a) de la persona con discapacidad, usted presenta problemas de salud	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>
R. En caso de haber respondido "Si", señale cual considera que es su principal problema de salud:	
1.Dolor de cabeza	<input type="radio"/>
2.Dolor de espalda	<input type="radio"/>
3.Cansancio crónico	<input type="radio"/>
4.Irritabilidad	<input type="radio"/>
5.Estrés	<input type="radio"/>
6.Dificultad para conciliar el sueño	<input type="radio"/>
7.Otro	<input type="radio"/>

S. Señale las actividades o aspectos de la vida cotidiana en los cuales MAS se le dificulta apoyar a la persona con discapacidad:	
1.En desplazamiento/traslado	<input type="radio"/>
2.En higiene	<input type="radio"/>
3.En vestido	<input type="radio"/>
4.En alimentación	<input type="radio"/>
5.En sexualidad	<input type="radio"/>
6.En comunicación/ interacción con otros	<input type="radio"/>

T. El tiempo que usted dedica diariamente a atender a la persona con discapacidad es?:	
1.Menos de 2 horas	<input type="radio"/>
2.De 2 a 6 horas	<input type="radio"/>
3.De 6 a 12 horas	<input type="radio"/>
4.Mas de 12 horas	<input type="radio"/>
5.24 horas	<input type="radio"/>

U. Comparte la labor de cuidador con otros?	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>
V. En caso de haber respondido afirmativamente señale con quién?	
1.Familiares del mismo hogar	<input type="radio"/>
2.Familiares que viven en otro hogar	<input type="radio"/>
3.Vecinos	<input type="radio"/>
4.Amigos	<input type="radio"/>
5.Persona externa a la familia con remuneración	<input type="radio"/>
6.Institución	<input type="radio"/>
7.Grupo o red	<input type="radio"/>
8.Otra	<input type="radio"/>
W. Cuál es el Cuidador principal (el que permanece más tiempo con la persona con discapacidad)?:	
1.Usted	<input type="radio"/>
2.Otra persona	<input type="radio"/>

X. En el año, durante cuánto tiempo asume el cuidado de la persona con discapacidad?:	
1.Menos de un mes	<input type="radio"/>
2.De 1 a 3 meses	<input type="radio"/>
3.De 4 a 6 meses	<input type="radio"/>
4.De 7 a 9 meses	<input type="radio"/>
5 Todo el año	<input type="radio"/>

Y. En su rol de cuidador de la persona en situación de discapacidad, usted lleva?:	
1.Menos de un mes	<input type="radio"/>
2.De 1 a 6 meses	<input type="radio"/>
3.De 1 a 2 años	<input type="radio"/>
4.De 2 años	<input type="radio"/>
5.De 2 a 5 años	<input type="radio"/>
6.De 5 a 10 años	<input type="radio"/>
7.Mas de 10 años	<input type="radio"/>

Z Además de encargarse del cuidado de la persona con discapacidad, usted asume el cuidado de otros?	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>
A1. En caso de responder afirmativamente la anterior pregunta, señale a quienes:	
1.Otras personas con discapacidad del mismo hogar	<input type="radio"/>
2.Otras personas con discapacidad de otros hogares	<input type="radio"/>
3.Niños menores de 3 años	<input type="radio"/>
4.Niños entre 3 y 10 años	<input type="radio"/>
5.Adultos mayores	<input type="radio"/>
6.Otras	<input type="radio"/>

B1. Considera que su familia debería apoyarlo más en su labor de Cuidador?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>
C1. En caso de haber respondido afirmativamente señale en qué?:	
1.Económicamente	<input type="radio"/>
2.Compartiendo sus labores como cuidador	<input type="radio"/>
3.Emocionalmente	<input type="radio"/>
4.Otra	<input type="radio"/>
D1. Califique la relación que ud tiene con los demás integrantes del hogar:	
1.Buena	<input type="radio"/>
2.Regular	<input type="radio"/>
3.Mala	<input type="radio"/>

III. INFORMACIÓN GENERAL DEL GRUPO FAMILIAR

A. Número de personas que aportan económicamente al hogar

B.Para la preparación de alimentos utilizan agua potable?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

C. En el hogar hay niños menores de 1 año?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

D. En caso de responder afirmativamente, han tenido atención general en salud en el último mes?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

E. En el hogar hay mujeres embarazadas?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

F. En caso de responder afirmativamente, han tenido atención general en salud en el último mes?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

G. En el hogar hay niños mayores de tres años?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

H. En caso de responder afirmativamente, asisten a la escuela?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

I. En el hogar hay niños mayores de siete años?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

J. En caso de responder afirmativamente, tienen tarjeta de identidad?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

K. En el hogar hay personas mayores de 18 años?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>
L. En caso de responder afirmativamente, tienen cédula de ciudadanía?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

M. En el hogar hay adultos mayores?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>
N. En caso de responder afirmativamente, se benefician de algún programa de seguridad alimentaria (canasta básica de alimentos, comedor comunitario)?:	
1.Si	<input type="radio"/>
2.No	<input type="radio"/>

IV. INFORMACIÓN NUTRICIONAL

A. Señale el número de personas que reciben canasta básica de alimentos en el hogar

B. Señale el número de personas que se alimentan con la canasta básica de alimentos

C. Desde la fecha en que reciben la canasta básica de alimentos, hasta hoy, los gastos del hogar en comida, pagados con los ingresos familiares	
1.Se han reducido	<input type="radio"/>
2.Se mantienen igual	<input type="radio"/>
3.Se han aumentado	<input type="radio"/>

D. En caso de haber respondido que los gastos en alimentación se redujeron, el motivo de ello es:	
1.Ahora cuentan con la canasta básica de alimentos	<input type="radio"/>
2.Se han reducido los ingresos del hogar	<input type="radio"/>
3.Hay menos integrantes en el hogar	<input type="radio"/>
4.Otra razón	<input type="radio"/>

E. En caso de haber respondido que los gastos en alimentación se redujeron, el motivo de ello es:	
1.Ahora cuentan con la canasta básica de alimentos	<input type="radio"/>
2.Se han reducido los ingresos del hogar	<input type="radio"/>
3.Hay menos integrantes en el hogar	<input type="radio"/>
4.Otra razón	<input type="radio"/>

F. Promedio de comidas diarias en el hogar:	
1.Una	<input type="radio"/>
2. Dos	<input type="radio"/>
3. Tres	<input type="radio"/>

G. Promedio de comidas diarias de la persona con discapacidad:	
1.Una	<input type="radio"/>
2. Dos	<input type="radio"/>
3. Tres	<input type="radio"/>

H. Le ordenaron nutrición enteral a la persona con discapacidad:	
1.Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

I. Emplea actualmente nutrición enteral la persona con discapacidad:	
1.Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

J. Exploración física de la persona con discapacidad:				
	Bien	Regular	Mal	Observaciones
Piel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cara	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Ojos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Boca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Dentadura	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Prótesis dental	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cabello	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Uñas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

K. Recuerdo de 24 horas:			
Comida	Ingredientes	Preparación	Observaciones
DYNO (20%) Tiempo:	1.Lácteo 2.Cereal 3.Fruta/jugo 4.Otros		
MM (10%) Tiempo:	1.Cereal 2.Fruta/jugo 3.Lácteo/Otros		
ALMZO (30%) Tiempo:	1. 1ª plato 2. 2ª plato 3.Postre 4.Bebida		
MDA (10%) Tiempo:	1.Lácteo 2.Cereal 3.Fruta/jugo 4.Otros		
CENA (30%) Tiempo:	1. 1ª plato 2. 2ª plato 3.Postre 4.Bebida		
	TOTAL		

Las preguntas formuladas a continuación, aplican solamente para la persona en situación de discapacidad que recibe la canasta básica de alimentos:

L. Consume al menos un producto lácteo al día (leche, queso, yogurt)?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

M. Consume al menos dos o más porciones de legumbres o huevos a la semana?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

N. Consume carne, pescado o pollo a diario? (el trozo de carne, y NO el caldo o la sustancia):	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

O. Consume dos o más porciones de frutas o verduras al día?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

P. Ha reducido el consumo alimenticio durante los tres últimos meses debido a falta de apetito, problemas digestivos o dificultades al masticar o tragar?:	
1. Si	<input type="radio"/>
2. No	<input type="radio"/>

Q. Cuánto líquido (agua, jugo, café, leche) consume diariamente?:	
1. Menos de tres pocillos	<input type="radio"/>
2. De tres a cinco pocillos	<input type="radio"/>
3. Más de cinco	<input type="radio"/>

R. Manera de alimentarse:	
1. Se autoalimenta sin ningún problema	<input type="radio"/>
2. Se autoalimenta con dificultad	<input type="radio"/>
3. Incapaz de comer sin ayuda	<input type="radio"/>

S. Antropometría:	
1. Valoración global subjetiva:	1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
	Observaciones
2. Peso (en kilogramos)	
3. Peso tomado de manera directa:	1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>
4. Talla	
5. Talla tomada de manera directa:	1. Si <input type="radio"/> 2. No <input type="radio"/>

Observaciones generales de la visita

Firma de quien recibió la visita

Firma de los profesionales:

