

Quality of Life Questionnaire

Qualeffo-41

Users of this questionnaire (and all authorized translations) must adhere to the user agreement. Please use the related Scoring Algorithm.

A Dolor <i>Las 5 preguntas de esta sección se refieren a su estado durante la última</i>	
1 ¿Con qué frecuencia tuvo dolor de espalda en la última semana?	<input type="checkbox"/> no tuvo dolor de espalda <input type="checkbox"/> 1 día por semana o menos <input type="checkbox"/> 2-3 días por semana <input type="checkbox"/> 4-6 días por semana <input type="checkbox"/> todos los días
2 Si usted tuvo dolor de espalda, ¿cuánto tiempo le duró durante el día?	<input type="checkbox"/> no tuvo dolor de espalda <input type="checkbox"/> 1-2 horas <input type="checkbox"/> 3-5 horas <input type="checkbox"/> 6-10 horas <input type="checkbox"/> todo el día
3 ¿Qué tan fuerte fue su dolor de espalda en el peor de los casos?	<input type="checkbox"/> no tuvo dolor de espalda <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insoportable
4 ¿Cómo fue su dolor de espalda en las otras ocasiones?	<input type="checkbox"/> no tuvo dolor de espalda <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insoportable
5 En la última semana, el dolor de espalda, ¿ha alterado su sueño?	<input type="checkbox"/> menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> una vez por semana <input type="checkbox"/> dos veces por semana <input type="checkbox"/> noche por medio <input type="checkbox"/> todas las noches

B Actividades de la vida diaria

Las siguientes 4 preguntas se refieren a su estado actual.

6 ¿Tiene dificultad para vestirse?	<input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo sin ayuda
7 ¿Tiene dificultad para bañarse en bañera o ducha?	<input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo sin ayuda
8 ¿Tiene dificultad para llegar al baño o para apretar el botón?	<input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo sin ayuda
9 ¿Cómo duerme?	<input type="checkbox"/> duermo sin interrupción <input type="checkbox"/> a veces me despierto <input type="checkbox"/> me despierto frecuentemente <input type="checkbox"/> a veces me quedo despierta durante horas <input type="checkbox"/> a veces paso toda la noche sin dormir

C Quehaceres domésticos dentro y fuera de la casa

Las siguientes 5 preguntas se refieren a su estado actual. Si alguien más hace estas actividades en su hogar, por favor conteste como si las tuviera que hacer usted.

10 ¿Puede hacer la limpieza?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo
11 ¿Puede preparar la comida?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo

<p>12 ¿Puede lavar los platos?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo
<p>13 ¿Puede hacer las compras diarias?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo
<p>14 ¿Puede levantar un objeto pesado de unos 10 Kg (por ejemplo un cajón de 10 litros de agua mineral o un niño de un año) y cargarlo por lo menos unos 10 metros?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> no puedo hacerlo

D Movilidad

Las siguientes 8 preguntas también se refieren a su estado actual.

<p>15 ¿Puede levantarse de una silla?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> sólo con ayuda
<p>16 ¿Puede agacharse para recoger algo de una mesa baja o del piso?</p>	<input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con relativa facilidad <input type="checkbox"/> más o menos <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> no puedo
<p>17 ¿Puede arrodillarse?</p>	<input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con relativa facilidad <input type="checkbox"/> más o menos <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> no puedo
<p>18 ¿Puede subir un piso por escalera?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con al menos un descanso

	<input type="checkbox"/> sólo con ayuda <input type="checkbox"/> no puedo
19 ¿Puede caminar unos 100 metros (una cuadra)?	<input type="checkbox"/> rápido y sin parar <input type="checkbox"/> despacio y sin parar <input type="checkbox"/> despacio y con al menos un descanso <input type="checkbox"/> sólo con ayuda <input type="checkbox"/> no puedo
20 ¿Con qué frecuencia ha salido en la última semana?	<input type="checkbox"/> todos los días <input type="checkbox"/> 5-6 días por semana <input type="checkbox"/> 3-4 días por semana <input type="checkbox"/> 1-2 días por semana <input type="checkbox"/> menos de una vez por semana
21 ¿Puede utilizar el transporte público? (colectivo, subte, tren)	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con un poco de dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con mucha dificultad <input type="checkbox"/> sólo con ayuda
22 ¿Le afectaron los cambios en su figura a causa de la osteoporosis (por ejemplo, disminución de estatura, aumento de la cintura, forma de la espalda)?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> más o menos <input type="checkbox"/> mucho <input type="checkbox"/> muchísimo

E Actividades sociales y de tiempo libre

23 ¿Practica algún deporte actualmente?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> no
24 ¿Puede ocuparse de su jardín?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no se aplica
25 ¿Tiene algún pasatiempo actualmente?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> no

<p>26 ¿Puede ir al cine, teatro, etc.?</p>	<p><input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> no hay cine o teatro a una distancia razonable</p>
<p>27 ¿Con qué frecuencia visitó a amigos o parientes en los últimos 3 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> una vez por semana o más <input type="checkbox"/> una o dos veces por mes <input type="checkbox"/> menos de una vez por mes <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>28 ¿Con qué frecuencia participó en actividades sociales (clubes, reuniones, actividades de la iglesia y caritativas, etc.) durante los últimos 3 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> una vez por semana o más <input type="checkbox"/> una o dos veces por mes <input type="checkbox"/> menos de una vez por mes <input type="checkbox"/> nunca</p>
<p>29 Su dolor de espalda u otros problemas físicos, ¿interfieren con su vida íntima (incluyendo la actividad sexual)?</p>	<p><input type="checkbox"/> nada <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> más o menos <input type="checkbox"/> mucho <input type="checkbox"/> no se aplica en mi caso</p>

F Percepción de su salud general

<p>30 Para su edad, en general, usted diría que su salud es:</p>	<p><input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> aceptable <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala</p>
<p>31 ¿Cómo calificaría su calidad de vida en general en la última semana?</p>	<p><input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> aceptable <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala</p>
<p>32 ¿Cómo calificaría su calidad de vida en general comparada con la de hace 10 años?</p>	<p><input type="checkbox"/> mucho mejor ahora <input type="checkbox"/> un poco mejor ahora <input type="checkbox"/> no ha cambiado <input type="checkbox"/> un poco peor ahora <input type="checkbox"/> mucho peor ahora</p>

G Función mental

Las siguientes 9 preguntas se refieren a su estado durante la última semana.

<p>33 ¿Tiene tendencia a sentirse cansada?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> a la mañana<input type="checkbox"/> a la tarde<input type="checkbox"/> sólo a la noche<input type="checkbox"/> después de una actividad intensa<input type="checkbox"/> casi nunca
<p>34 ¿Se siente desanimada?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> casi todos los días<input type="checkbox"/> 3-5 días por semana<input type="checkbox"/> 1-2 días por semana<input type="checkbox"/> de vez en cuando<input type="checkbox"/> casi nunca
<p>35 ¿Se siente sola?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> casi todos los días<input type="checkbox"/> 3-5 días por semana<input type="checkbox"/> 1-2 días por semana<input type="checkbox"/> de vez en cuando<input type="checkbox"/> casi nunca
<p>36 ¿Se siente llena de energía?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> casi todos los días<input type="checkbox"/> 3-5 días por semana<input type="checkbox"/> 1-2 días por semana<input type="checkbox"/> de vez en cuando<input type="checkbox"/> casi nunca
<p>37 ¿Tiene esperanzas en su futuro?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no, nunca<input type="checkbox"/> rara vez<input type="checkbox"/> a veces<input type="checkbox"/> con mucha frecuencia<input type="checkbox"/> siempre
<p>38 ¿Se enoja por pequeñeces?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no, nunca<input type="checkbox"/> rara vez<input type="checkbox"/> a veces<input type="checkbox"/> con mucha frecuencia<input type="checkbox"/> siempre
<p>39 ¿Le resulta fácil comunicarse con otras personas?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no, nunca<input type="checkbox"/> rara vez<input type="checkbox"/> a veces<input type="checkbox"/> con mucha frecuencia<input type="checkbox"/> siempre

<p>40 ¿Está de buen humor la mayor parte del día?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no, nunca<input type="checkbox"/> rara vez<input type="checkbox"/> a veces<input type="checkbox"/> con mucha frecuencia<input type="checkbox"/> siempre
<p>41 ¿Tiene miedo de llegar a depender totalmente de otras personas?</p>	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> no, nunca<input type="checkbox"/> rara vez<input type="checkbox"/> a veces<input type="checkbox"/> con mucha frecuencia<input type="checkbox"/> siempre