

## 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.

<b>A Dolor</b> <i>Las cinco preguntas de esta sección se refieren a la situación del paciente en la última semana.</i>	
<b>1</b> ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda en la última semana?	<input type="checkbox"/> nunca <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
<b>2</b> Si ha sufrido dolor de espalda, ¿cuánto tiempo lo ha experimentado durante el día?	<input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1-2 horas <input type="checkbox"/> 3-5 horas <input type="checkbox"/> 6-10 horas <input type="checkbox"/> todo el día
<b>3</b> ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en su peor momento?	<input type="checkbox"/> sin dolor de espalda <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insoportable
<b>4</b> ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en otros momentos?	<input type="checkbox"/> sin dolor <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insoportable
<b>5</b> ¿El dolor de espalda le ha impedido dormir en la última semana?	<input type="checkbox"/> menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> dos veces por semana <input type="checkbox"/> noches alternas <input type="checkbox"/> todas las noches

## B Actividades de la vida diaria

Las cuatro preguntas siguientes se refieren a la situación 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"/> imposible sin ayuda
7 ¿Tiene dificultad para bañarse o ducharse?	<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"/> imposible sin ayuda
8 ¿Tiene dificultad para ir o manejarse en el retrete?	<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"/> imposible sin ayuda
9 ¿Cómo duerme?	<input type="checkbox"/> no tiene trastornos del sueño <input type="checkbox"/> se despierta en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> se despierta con frecuencia <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones, permanece despierto durante varias horas <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones, pasa la noche en blanco

## C Tareas domésticas

Las cinco preguntas siguientes se refieren a la situación actual. Si hay otra persona que se ocupe de realizar estas tareas en su casa, conteste como si las tuviese que realizar usted.

10 ¿Puede hacer la limpieza?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible
11 ¿Puede preparar la comida?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada

	<input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible
<b>12</b> ¿Puede fregar los platos?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible
<b>13</b> ¿Puede hacer la compra diaria?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible
<b>14</b> ¿Puede levantar un objeto pesado de 10 Kg (ej. Una caja de 12 botellas de leche o un niño de un año) y llevarlo, al menos, 10 metros?	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible

## D Movilidad

Las ocho preguntas siguientes también se refieren a la situación actual.

<b>15</b> ¿Se puede levantar de una silla?	<input type="checkbox"/> sin ninguna dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> sólo con ayuda
<b>16</b> ¿Se puede agachar?	<input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con bastante facilidad <input type="checkbox"/> con mediana facilidad <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> imposible
<b>17</b> ¿Se puede arrodillar?	<input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con bastante facilidad <input type="checkbox"/> con mediana facilidad <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> imposible

<p><b>18</b> ¿Puede subir las escaleras un piso?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> descansando, al menos, una vez <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan <input type="checkbox"/> imposible
<p><b>19</b> ¿Puede andar 100 metros?</p>	<input type="checkbox"/> rápidamente, sin pararse <input type="checkbox"/> lentamente, sin pararse <input type="checkbox"/> lentamente, parándose, al menos una vez <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan <input type="checkbox"/> imposible
<p><b>20</b> ¿Cuántas veces ha salido a la calle en la última semana?</p>	<input type="checkbox"/> todos los días <input type="checkbox"/> 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> menos de una vez a la semana
<p><b>21</b> ¿Puede utilizar el transporte público?</p>	<input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan
<p><b>22</b> ¿Ha experimentado cambios en su figura debido a la osteoporosis (por ejemplo, pérdida de altura, aumento de la cintura, deformidad de la espalda)?</p>	<input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> algunos <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> bastantes <input type="checkbox"/> muchos

## E Ocio, actividades sociales

<p><b>23</b> ¿Practica algún deporte?</p>	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto
<p><b>24</b> ¿Puede realizar las tareas de jardinería?</p>	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> no aplicable
<p><b>25</b> ¿Puede realizar alguna labor manual?</p>	<input type="checkbox"/> sí

(bricolaje, pintura, etc.)?	<input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto
26 ¿Puede ir al cine, teatro?	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> no, a pesar de que están a una distancia razonable
27 ¿Con qué frecuencia ha ido a ver a sus amigos o familiares en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> una vez a la semana, o más <input type="checkbox"/> una o dos veces al mes <input type="checkbox"/> menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> nunca
28 ¿Con qué frecuencia ha participado en actividades sociales (clubs, reuniones sociales, parroquiales, caritativas, etc.) en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> una vez a la semana, o más <input type="checkbox"/> una o dos veces al mes <input type="checkbox"/> menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> nunca
29 ¿Supone el dolor de espalda o la incapacidad un impedimento para su vida íntima (incluída la actividad sexual)?	<input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> no aplicable

## F Percepción de la salud general

30 Cómo considera, en general, su salud para su edad:	<input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> satisfactoria <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala
31 ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general, durante la última semana?	<input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> satisfactoria <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala
32 ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general en comparación con hace 10 años?	<input type="checkbox"/> mucho mejor ahora <input type="checkbox"/> un poco mejor ahora <input type="checkbox"/> sin cambios <input type="checkbox"/> un poco peor ahora <input type="checkbox"/> mucho peor ahora

## G Estado mental

Las nueve preguntas siguientes se refieren a la situación en la última semana.

<p>33 ¿Suele sentirse cansado?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> por la mañana</li><li><input type="checkbox"/> por la tarde</li><li><input type="checkbox"/> sólo por la noche</li><li><input type="checkbox"/> después de una actividad intensa</li><li><input type="checkbox"/> casi nunca</li></ul>
<p>34 ¿Se siente desanimado?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> casi todos los días</li><li><input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana</li><li><input type="checkbox"/> uno o dos días por semana</li><li><input type="checkbox"/> de vez en cuando</li><li><input type="checkbox"/> casi nunca</li></ul>
<p>35 ¿Se siente solo?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> casi todos los días</li><li><input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana</li><li><input type="checkbox"/> uno o dos días por semana</li><li><input type="checkbox"/> de vez en cuando</li><li><input type="checkbox"/> casi nunca</li></ul>
<p>36 ¿Se siente lleno de energía?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> casi todos los días</li><li><input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana</li><li><input type="checkbox"/> uno o dos días por semana</li><li><input type="checkbox"/> de vez en cuando</li><li><input type="checkbox"/> casi nunca</li></ul>
<p>37 ¿Tiene esperanzas en su futuro?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nunca</li><li><input type="checkbox"/> raras veces</li><li><input type="checkbox"/> en algunas ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> siempre</li></ul>
<p>38 ¿Se altera por pequeñas dificultades?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nunca</li><li><input type="checkbox"/> raras veces</li><li><input type="checkbox"/> en algunas ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> siempre</li></ul>
<p>39 ¿Le es fácil relacionarse con los demás?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nunca</li><li><input type="checkbox"/> raras veces</li><li><input type="checkbox"/> en algunas ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> siempre</li></ul>

<p>40 ¿Está de buen humor a lo largo del día?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nunca</li><li><input type="checkbox"/> raras veces</li><li><input type="checkbox"/> en algunas ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> siempre</li></ul>
<p>41 ¿Tiene miedo de quedarse dependiendo de otra persona?</p>	<ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> nunca</li><li><input type="checkbox"/> raras veces</li><li><input type="checkbox"/> en algunas ocasiones</li><li><input type="checkbox"/> con mucha frecuencia</li><li><input type="checkbox"/> siempre</li></ul>