

QOL-E V. 3
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON EL ESTADO DE SALUD
EN EL SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Este es un estudio sistemático de pacientes con síndrome mielodisplásico (SMD), cuyo objetivo es averiguar cómo se sienten los pacientes respecto a su salud y cómo viven con esta enfermedad hematológica.

Su participación es muy importante para nosotros. Ha sido seleccionado mediante un procedimiento científico de muestreo para que participe en este estudio y es importante que todas las personas que han sido seleccionadas cumplimenten este cuestionario para que podamos obtener una visión realista. Las respuestas que nos proporcione lograrán mejorar el tratamiento de todos los pacientes que necesitan tratamiento para el SMD. Cumplimentar el cuestionario le llevará unos 10 minutos. Gracias por su ayuda.

DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

Toda la información que permita identificar a los participantes de este estudio se considerará estrictamente confidencial, se utilizará exclusivamente con fines de evaluación durante el estudio y no se divulgará ni difundirá bajo ningún concepto sin el consentimiento previo por escrito, excepto cuando lo requiera la ley.

INSTRUCCIONES PARA CUMPLIMENTAR EL CUESTIONARIO
--

1. Responda a las preguntas marcando la respuesta correcta para usted.

Por ejemplo: (marque la respuesta correcta)

		SÍ	NO
a.	¿Ha estado en un submarino?.....		√

2. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, marque la mejor respuesta y escriba un comentario a su lado. Leeremos todos los comentarios, así que puede escribir tanto como desee.
3. Si es necesario, puede solicitar ayuda al personal que le haya entregado el cuestionario.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE ESTUDIO.

INTRODUCCIÓN

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Buena	Aceptable	Mala
-----------	-------	-----------	------

2. Respecto a hace un mes, su salud es:

Mejor	Igual	Peor	Mucho peor
-------	-------	------	------------

BIENESTAR FÍSICO

3. Durante la última semana, su salud le puede haber dificultado la realización de algunas de las cosas que hace todos los días.

		He tenido mucha dificultad	He tenido algo de dificultad	No he tenido ninguna dificultad
a.	Realizar ejercicio enérgico, como correr o saltar			
b.	Subir escaleras			
c.	Inclinarse			
d.	Cuidado personal (lavarse, vestirse o comer)			

BIENESTAR FUNCIONAL

4. Durante la última semana, ¿qué problemas ha tenido en sus actividades diarias debido a su salud?

		Sí	No
a.	Solo he conseguido hacer unas pocas cosas		
b.	Me he sentido más cansado haciendo mi trabajo		

5. Durante la última semana, ¿le ha resultado difícil permanecer despierto durante el día?

Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	Parte del tiempo	Nunca
----------------	---------------------------	------------------	-------

VIDA FAMILIAR O SOCIAL

6. Según su situación, ¿las siguientes frases son verdaderas o falsas?

		Verdadero	No lo sé	Falso
a.	Mi estado actual interfiere demasiado con mi vida			
b.	Me siento agobiado por mi enfermedad			
c.	Siento que soy una carga para mi familia			

7. Su salud le impide tener un trabajo remunerado, esté o no en edad de jubilarse.

Verdadero	Falso
-----------	-------

8. Durante la última semana, ¿la excitación sexual le ha resultado un problema?

Nunca	Casi nunca	A veces	A menudo
-------	------------	---------	----------

MOLESTIAS RELACIONADAS CON SU ENFERMEDAD

9. Durante la semana pasada, ¿cuánto le ha dificultado el cansancio sus tareas diarias?

Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
------	------	-------	-----------

10. Durante la última semana, ¿se ha sentido cansado?

Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
------	------	-------	-----------

11. Durante la última semana, ¿en qué medida le molestaron los siguientes problemas?

		Nada	Poco	Mucho	Muchísimo
a.	Dolor de cabeza				
b.	Palpitaciones				
c.	El cuidado personal le produce cansancio				
d.	Estar postrado				

12. Durante la última semana, ¿durmió lo suficiente?

Siempre	A menudo	Casi nunca	Nunca
---------	----------	------------	-------

13. Durante la última semana, ¿le ha faltado el aire al subir escaleras?

Nunca	A veces	A menudo	Siempre
-------	---------	----------	---------

14. ¿Cuánto afecta su enfermedad a su vida diaria en los siguientes casos?

		Nada	Poco	Muchísimo
a.	Depender de las transfusiones			
b.	No poder hacer la tareas de la casa			
c.	No poder hacer desplazamientos cortos ni largos			
d.	Depender del hospital, los médicos o el personal de enfermería			
e.	Estrés y preocupación debido a la enfermedad			
f.	Efectos en su vida sexual			
g.	Efectos secundarios del tratamiento			

Notas:

--

© Copyright Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.

2002 Derechos de todas las páginas e idiomas reservados a Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.