

QOL-E V. 3
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN A LA SALUD
EN SÍNDROME MIELODISPLÁSICO

Este es un estudio de pacientes con síndrome Mielodisplásico (SMD) organizado adecuadamente que tiene como objetivo averiguar cómo se sienten los pacientes en relación a su salud y a vivir con su trastorno sanguíneo.

Su participación es muy importante para nosotros. Usted ha sido seleccionado para participar a través de un procedimiento de muestreo científico y es importante que todos los individuos seleccionados contesten este cuestionario para poder obtener un panorama realista. Las respuestas que dé a las preguntas llevarán a un mejor tratamiento para todos los pacientes que requieran ser tratados a causa de SMD. Tomará alrededor de 10 minutos completar el cuestionario. Gracias por su ayuda.

AVISO DE PRIVACIDAD

Toda la información que pueda permitir la identificación de los participantes en este estudio será considerada estrictamente confidencial y se usará solo con propósitos de evaluación durante el estudio y no será divulgada ni publicada por ningún motivo sin consentimiento previo por escrito, a menos que sea requerido por la ley.

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO

- Conteste la pregunta marcando la respuesta que sea correcta para usted.

Por ejemplo: (Marque la respuesta correcta)

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

- Si no está seguro/a de cómo contestar una pregunta, marque la mejor respuesta y escriba un comentario junto a la respuesta. Nosotros deberemos leer todos sus comentarios, así que puede escribir tanto como quiera.
- De ser necesario, puede pedirle ayuda al personal que le proporcionó el cuestionario.

GRACIAS POR PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO.

INTRODUCCIÓN

1. En general, diría que su salud es:

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

2. En comparación a hace un mes, su salud es:

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

BIENESTAR FÍSICO

3. Durante los últimos 7 días, su salud pudo haberle dificultado hacer algunas cosas que hace todos los días

		Me pareció muy difícil	Me pareció algo difícil	Sin dificultades
a.	Hacer ejercicio intenso, por ejemplo correr, saltar			
b.	Subir escaleras			
c.	Agacharme			
d.	Mi cuidado personal (lavarme, vestirme, alimentarme).			

BIENESTAR FUNCIONAL

4. Durante los últimos 7 días, ¿qué problemas ha tenido con sus actividades diarias debido a su salud?

		Sí	No
a.	Solo pude hacer muy pocas cosas		
b.	Me he sentido más cansado/a al hacer mi trabajo		

5. Durante los últimos 7 días, ¿le ha sido difícil mantenerse despierto/a durante el día?

Todo el tiempo	La mayoría del tiempo	Algunas veces	Nunca
----------------	-----------------------	---------------	-------

VIDA SOCIAL O FAMILIAR

6. De acuerdo con usted, las siguientes declaraciones, ¿son ciertas o falsas?

		Cierto	No sé	Falso
a.	Mi condición actual interfiere demasiado con mi vida			
b.	Me siento sobrecargado/a por mi enfermedad			
c.	Siento que soy una molestia para mi familia			

7. Su salud le impide tener un trabajo pagado, ya sea que tenga edad para estar retirado/a o no.

Cierto	Falso
--------	-------

8. Durante los últimos 7 días, ¿la excitación sexual fue un problema para usted?

Nunca	Rara vez	Algunas veces	Frecuentemente
-------	----------	---------------	----------------

INCONVENIENCIA RELACIONADA CON SU ENFERMEDAD

9. Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto se interpuso el cansancio en sus tareas diarias?

Nada	Un poco	Mucho	Extremadamente
------	---------	-------	----------------

10. Durante los últimos 7 días, ¿qué tan cansado/a se sintió?

Nada	Un poco	Mucho	Extremadamente
------	---------	-------	----------------

11. Durante los últimos 7 días, ¿qué tanto le molestaron los siguientes problemas?

		Nada	Un poco	Mucho	Extremadamente
a.	Dolor de cabeza				
b.	Palpitaciones				
c.	Cuidarse a sí mismo/a lo/la hizo sentir cansado/a				
d.	Estar postrado/a en la cama				

12. Durante los últimos 7 días, ¿durmió lo suficiente?

Siempre	Frecuentemente	Rara vez	Nunca
---------	----------------	----------	-------

13. Durante los últimos 7 días, ¿la falta de aliento lo/la molestó cuando subía escaleras?

Nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
-------	---------------	----------------	---------

14. ¿Qué efectos de la enfermedad le molestaron en su vida diaria?

		Nada	Un poco	Extremadamente
a.	Depender de transfusiones			
b.	No poder realizar tareas domésticas			
c.	No poder viajar distancias cortas o largas			
d.	Depender del hospital, doctores y/o enfermeras			
e.	Estrés y preocupaciones debido a la enfermedad			
f.	El efecto en su vida sexual			
g.	Efectos secundarios del tratamiento			

Notas:

--

© Copyright Esther N Oliva, Borislav D Dimitrov.

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