

INSTRUCCIONES PARA EL CUESTIONARIO AUTOADMINISTRADO

Existen ciertas actividades que usted realiza a lo largo de su vida. A veces usted lleva a cabo todas estas actividades, En otras ocasiones, debido a su estado de salud, usted no las realiza de la misma manera: quizás elimine algunas, haga otras durante cortos períodos de tiempo y practique otras de manera distinta. Los cambios experimentados en sus actividades pueden ser recientes o existir desde hace tiempo. Estamos interesados en conocer cualquier cambio que le ocurra en la actualidad.

Este cuestionario incluye expresiones que, según la gente misma nos ha dicho, les describen cuando no se encuentran bien del todo. Tanto si usted se considera enfermo o no, aquí habrá algunas expresiones que destaquen porque le describen a usted hoy y están relacionadas con su estado de salud. A medida que vaya leyendo el cuestionario, piense en usted hoy. Cuando esté seguro de que una de las expresiones le describe a usted y está relacionada con su salud, ponga una cruz en la casilla de la derecha de la expresión. Por ejemplo:

No conduzco el coche

Si ha dejado de conducir por algún tiempo a causa de su salud y todavía sigue sin hacerlo, deberá marcar esta expresión.

Por otro lado, si usted no conduce o no lo hace porque su coche está en reparación, la expresión "no conduzco mi coche" no está relacionada con su salud y no deberá marcarla. Si simplemente conduce menos o cubre distancias más cortas y cree que la expresión sólo le describe en parte, no la marque. En todos estos casos, deberá dejar la casilla de la derecha en blanco. Por ejemplo:

No conduzco el coche

Recuerde que deberá marcar la expresión sólo si usted está seguro de que le describe en la actualidad y cuando esté relacionada con su estado de salud.

Lea la introducción de cada grupo de expresiones y entonces considere cada una de ellas en el orden en que aparecen. Aunque algunas de las expresiones no sean aplicables a su caso, le rogamos que las lea todas. Marque aquellas que le describan a medida que vaya leyendo. Algunas expresiones serán diferentes sólo en algunas palabras, por tanto le rogamos que lea cada una con la máxima atención. A pesar de que puede volver atrás y cambiar una respuesta, la primera normalmente será la mejor.

Una vez que haya empezado el cuestionario, es muy importante que lo termine en un día (24 horas).

Si encuentra difícil concentrarse en las expresiones, tómese un pequeño descanso y continúe. Cuando haya leído todas las expresiones de una página, ponga una cruz en la casilla que se encuentra en la esquina inferior derecha. Si tiene alguna duda, por favor vuelva a leer las instrucciones.

Le rogamos que no comente las expresiones con nadie mientras esté completando el cuestionario, ni siquiera con los miembros de su familia.

Ahora pase la página y lea las expresiones del cuestionario. Recuerde que estamos interesados en los cambios en sus actividades, recientes o de hace tiempo que estén relacionados con su salud.

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

17. Los movimientos difíciles los hago con ayuda, por ejemplo, entrar y salir de los coches, de la bañera	<input type="checkbox"/>
18. Sólo me acuesto o levanto de la cama o me siento o levanto de la silla con una ayuda mecánica o de una persona	<input type="checkbox"/>
19. Estoy de pie sólo durante breves períodos de tiempo	<input type="checkbox"/>
20. No mantengo el equilibrio	<input type="checkbox"/>
21. Muevo las manos o dedos con alguna limitación o con dificultad	<input type="checkbox"/>
22. Sólo me pongo de pie con la ayuda de alguien	<input type="checkbox"/>
23. Sólo me arrodillo, flexiono o inclino sujetándome en algo	<input type="checkbox"/>
24. Siempre estoy en una postura limitada	<input type="checkbox"/>
25. Me muevo con dificultad	<input type="checkbox"/>
26. Me acuesto y levanto de la cama o me siento o levanto de la silla agarrándome en algo o usando un bastón o andador	<input type="checkbox"/>

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

1. Paso gran parte del día echado para descansar	<input type="checkbox"/>
2. Estoy sentado gran parte del día	<input type="checkbox"/>
3. Duermo o estoy adormecido la mayor parte del día	<input type="checkbox"/>
4. Me echo más a menudo para descansar durante el día	<input type="checkbox"/>
5. Estoy sentado en cualquier parte adormecido	<input type="checkbox"/>
6. Duermo menos por la noche, por ejemplo, me despierto demasiado temprano, tardo mucho en conciliar el sueño, me despierto con frecuencia	<input type="checkbox"/>
7. Duermo o doy una cabezada cada vez más durante el día	<input type="checkbox"/>

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

8. Comento lo malo o inútil que soy, por ejemplo, que soy una carga para otras personas	<input type="checkbox"/>
9. Me río o lloro de repente	<input type="checkbox"/>
10. A menudo me quejo de dolor o malestar	<input type="checkbox"/>
11. He intentado suicidarme	<input type="checkbox"/>
12. Estoy nervioso o inquieto	<input type="checkbox"/>
13. Estoy continuamente frotando o sujetándome zonas del cuerpo que me duelen o me molestan	<input type="checkbox"/>
14. Actúo de manera irritable e impaciente conmigo mismo, por ejemplo, hablo mal de mi, me insulto, me culpo de cosas que ocurren	<input type="checkbox"/>
15. Hablo del futuro sin esperanza	<input type="checkbox"/>
16. Tengo sobresaltos	<input type="checkbox"/>

Identificación: Fecha

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

4/18

- 17. Los movimientos difíciles los hago con ayuda, por ejemplo, entrar y salir de los coches, de la bañera
- 18. Sólo me acuesto o levanto de la cama o me siento o levanto de la silla con una ayuda mecánica o de una persona
- 19. Estoy de pie sólo durante breves períodos de tiempo
- 20. No mantengo el equilibrio
- 21. Muevo las manos o dedos con alguna limitación o con dificultad
- 22. Sólo me pongo de pie con la ayuda de alguien
- 23. Sólo me arrodillo, flexiono o inclino sujetándome en algo
- 24. Siempre estoy en una postura limitada
- 25. Me muevo con dificultad
- 26. Me acuesto y levanto de la cama o me siento o levanto de la silla agarrándome en algo o usando un bastón o andador

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

27. Permanezco echado la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>
28. Cambio de postura frecuentemente	<input type="checkbox"/>
29. Me sujeto a algo para moverme en la cama	<input type="checkbox"/>

- 30. No me baño o me ducho solo, por ejemplo, necesito alguna ayuda mientras me baño
- 31. Soy incapaz de bañarme solo, necesito que me bañen
- 32. Necesito que me pongan el orinal
- 33. Me cuesta ponerme los zapatos, calcetines o medias
- 34. No controlo la orina
- 35. No me abrocho la ropa, por ejemplo, necesito que me ayuden con los botones, cremallera, o los cordones de los zapatos
- 36. Paso la mayor parte del tiempo sin vestir o en pijama
- 37. No controlo las deposiciones
- 38. Me visto yo solo, pero muy despacio
- 39. Sólo me visto con la ayuda de alguien

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

- 27. Permanezco echado la mayor parte del tiempo
- 28. Cambio de postura frecuentemente
- 29. Me sujeto a algo para moverme en la cama
- 30. No me baño o me ducho solo, por ejemplo, necesito alguna ayuda mientras me baño
- 31. Soy incapaz de bañarme solo, necesito que me bañen

- 32. Necesito que me pongan el orinal
- 33. Me cuesta ponerme los zapatos, calcetines o medias
- 34. No controlo la orina
- 35. No me abrocho la ropa, por ejemplo, necesito que me ayuden con los botones, cremallera, o los cordones de los zapatos
- 36. Paso la mayor parte del tiempo sin vestir o en pijama
- 37. No controlo las deposiciones
- 38. Me visto yo solo, pero muy despacio
- 39. Sólo me visto con la ayuda de alguien

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

50. Sólo me muevo por un edificio, por ejemplo, no salgo de casa	<input type="checkbox"/>
51. Estoy siempre en una habitación	<input type="checkbox"/>
52. Estoy más rato en la cama	<input type="checkbox"/>
53. Estoy en la cama la mayor parte del tiempo	<input type="checkbox"/>
54. No utilizo el transporte público	<input type="checkbox"/>

- 55. Estoy en casa la mayor parte del tiempo
- 56. Sólo voy a lugares que tengan el lavabo cerca
- 57. No voy al centro de la ciudad
- 58. Estoy fuera de casa sólo durante cortos periodos de tiempo
- 59. Sólo me muevo en la penumbra o en lugares poco iluminados con la ayuda de alguien

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

- 60. Salgo menos de visita
- 61. No salgo nunca de visita
- 62. Muestro menos interés por los problemas de los demás, por ejemplo, no les escucho cuando me hablan, no ofrezco ayuda
- 63. A menudo me muestro irritado con los que me rodean por ejemplo, doy respuestas cortantes, doy chascos, critico fácilmente
- 64. Muestro menos afecto
- 65. Realizo menos actividades sociales en grupo
- 66. Acorto la duración de las visitas a los amigos

- 67. Evito las visitas sociales
- 68. Mi actividad sexual ha disminuido
- 69. A menudo expreso preocupación por lo que pueda pasar con mi salud
- 70. Hablo menos con los que me rodean
- 71. Exijo mucho, por ejemplo, insisto en que la gente haga cosas para mi, les digo cómo hay que hacer las cosas

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

72. Paso mucho tiempo solo	<input type="checkbox"/>
73. Me comporto de forma desagradable con los miembros de mi familia, por ejemplo, soy rencoroso, soy tozudo	<input type="checkbox"/>
74. Tengo frecuentes ataques de ira con los miembros de mi familia, por ejemplo, les pego, les grito, les tiro cosas	<input type="checkbox"/>
75. Me aílo todo lo que puedo de mi familia	<input type="checkbox"/>
76. Presto menos atención a los hijos	<input type="checkbox"/>
77. Rehuso el contacto con los miembros de mi familia, por ejemplo, les ignoro	<input type="checkbox"/>

78. No hago las cosas que solía hacer para cuidar a los hijos o la familia

79. No bromeo con mi familia como solía hacer

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

80. Ando distancias más cortas, o me paro a descansar con frecuencia

81. No subo ni bajo por pendientes

82. Sólo utilizo las escaleras si puedo apoyarme en algo, por ejemplo, barandilla, bastón, muletas

83. Subo o bajo las escaleras sólo con la ayuda de alguien

84. Me desplazo en silla de ruedas

85. No ando en absoluto

86. Ando por mí mismo, pero con alguna dificultad por ejemplo, cojeo, me tambaleo, tropiezo, tengo las piernas rígidas

87. Sólo ando con la ayuda de alguien

88. Subo y bajo las escaleras más lentamente, por ejemplo, subo y bajo los escalones de uno en uno, me paro a menudo

- 89. No subo ni bajo las escaleras
- 90. Sólo me desplazo utilizando el andador, muletas, bastón, apoyándome en las paredes o muebles
- 91. Ando más despacio

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

92. Estoy confuso y empiezo a hacer varias cosas a la vez	<input type="checkbox"/>
93. Tengo más accidentes menores, por ejemplo, se me caen las cosas, tropiezo y caigo, choco con las cosas	<input type="checkbox"/>
94. Reacciono con lentitud frente a las cosas que se hacen o se dicen	<input type="checkbox"/>
95. No termino las cosas que empiezo	<input type="checkbox"/>
96. Tengo dificultad al razonar y resolver problemas, por ejemplo, hacer planes, tomar decisiones, aprender cosas nuevas	<input type="checkbox"/>
97. A veces me comporto como si estuviera confuso y desorientado en el tiempo y el espacio, por ejemplo, dónde estoy, quién está a mi alrededor, direcciones, que día es	<input type="checkbox"/>
98. Se me olvidan muchas cosas, por ejemplo, cosas que han pasado recientemente, dónde he puesto algo, citas	<input type="checkbox"/>
99. No me concentro en ninguna actividad durante mucho tiempo	<input type="checkbox"/>
100. Hago más errores de lo habitual	<input type="checkbox"/>

101. Encuentro dificultad al realizar actividades que comporten concentración y reflexión

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

102. Tengo dificultad al escribir a mano o a máquina	<input type="checkbox"/>
103. Me comunico sobre todo por gestos, por ejemplo, moviendo la cabeza, señalando, utilizando lenguaje de signos	<input type="checkbox"/>
104. Sólo las pocas personas que me conocen bien, entienden lo que digo	<input type="checkbox"/>
105. A menudo pierdo el control de mi voz al hablar, por ejemplo, hablo más alto o más bajo, mi voz tiembla, cambia inesperadamente	<input type="checkbox"/>
106. No escribo si no es para firmar	<input type="checkbox"/>
107. Sólo participo en una conversación cuando estoy muy cerca de las otras personas o cuando las estoy mirando	<input type="checkbox"/>
108. Tengo dificultad al hablar, por ejemplo, me atasco, tartamudeo, balbuceo, no vocalizo bien	<input type="checkbox"/>
109. Se me entiende con dificultad	<input type="checkbox"/>
110. No hablo con claridad cuando estoy nervioso	<input type="checkbox"/>

Identificación: Fecha

El siguiente grupo de expresiones está relacionado con cualquier trabajo que haga normalmente y que no sea el de llevar su casa, con esto nos referimos a cualquier cosa que considere como su trabajo habitual.

¿Hace normalmente algún trabajo que no sea el de llevar la casa?

SI

NO

SI HA RESPONDIDO SI, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

SI HA RESPONDIDO NO:

¿ESTA JUBILADO?

SI NO

SI ESTA JUBILADO, ¿ ESTUVO SU JUBILACIÓN RELACIONADA CON SU SALUD?

SI NO

SI NO ESTÁ JUBILADO, PERO NO TRABAJA, ¿ESTÁ ESTO RELACIONADO CON SU SALUD?

SI NO

SALTE LA PÁGINA SIGUIENTE Y SIGA CON LA PAGINA 16

Identificación: **Fecha**

SI USTED NO TRABAJA Y NO ES A CAUSA DE SU SALUD, POR FAVOR, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

Ahora considere el trabajo que haga y señale sólo aquellas expresiones que está seguro le describen y están relacionadas con su estado de salud actual (Si hoy es sábado, domingo o su día festivo, por favor, responda como si estuviera trabajando).

111. No trabajo

SI SEÑALA ESTA EXPRESIÓN, PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE

112. Hago parte de mi trabajo en casa

113. No rindo tanto en el trabajo como antes

114. A menudo me muestro irritado con los compañeros del trabajo, por ejemplo, les interrumpo, doy respuestas cortantes, doy chascos, critico fácilmente

115. Trabajo menos horas

116. Sólo hago trabajo ligero

117. Sólo trabajo durante cortos periodos de tiempo o descanso con frecuencia

118. Trabajo en mi empleo habitual pero con algunos cambios, por ejemplo, utilizando diferentes herramientas o ayudas especiales, intercambiando algunas tareas con otros trabajadores

119. No hago mi trabajo con tanto cuidado y precisión como solía hacer

Identificación: **Fecha**

Este grupo de expresiones tiene que ver con las actividades que usted suele realizar en su tiempo libre. Estas actividades pueden tener el fin de relajarse, pasar el tiempo, o entretenerse. Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

120. Dedico menos tiempo a mis entretenimientos, pasatiempos o aficiones	<input type="checkbox"/>
121. Salgo a divertirme con menos frecuencia	<input type="checkbox"/>
122. Dedico cada vez menos tiempo a algunos de mis entretenimientos pasivos, por ejemplo, mirar la TV, jugar a las cartas, leer	<input type="checkbox"/>
123. He eliminado <u>todos</u> mis entretenimientos pasivos, por ejemplo, mirar la TV, jugar a las cartas, leer	<input type="checkbox"/>
124. Estoy sustituyendo mis actividades habituales por entretenimientos pasivos, veo más TV, juego a las cartas, leo	<input type="checkbox"/>
125. Participo en <u>menos</u> actividades comunitarias	<input type="checkbox"/>
126. Dedico menos tiempo a algunos de mis entretenimientos o actividades físicas habituales	<input type="checkbox"/>
127. Ya no practico ninguno de mis entretenimientos o actividades físicas	<input type="checkbox"/>

Identificación: **Fecha**

Por favor, señale sólo aquellas expresiones que está seguro/a le describen y están relacionadas con su estado de salud actual.

128. Como mucho menos de lo habitual	<input type="checkbox"/>
129. Me alimento yo solo, pero únicamente utilizando utensilios especiales o comida especialmente preparada	<input type="checkbox"/>
130. Como alimentos especiales o diferentes, por ejemplo, comida blanda, triturada, con poca sal, poca grasa, poco azúcar	<input type="checkbox"/>
131. No como nada, sólo tomo líquidos	<input type="checkbox"/>
132. Estoy desganado, sólo mordisqueo las comidas	<input type="checkbox"/>
133. Bebo menos líquidos	<input type="checkbox"/>
134. Como por mí mismo con la ayuda de alguien	<input type="checkbox"/>
135. No como por mí mismo, me tienen que dar la comida	<input type="checkbox"/>
136. No como nada, me alimentan a través de tubos y líquidos intravenosos	<input type="checkbox"/>

Identificación: **Fecha**

PUNTUACIÓN TOTAL:

DIMENSIÓN FÍSICA:

DIMENSIÓN PSICOSOCIAL:

- SUEÑO Y DESCANSO:**
- TRABAJO:**
- NUTRICIÓN:**
- TAREAS DOMÉSTICAS:**
- OCIO Y PASATIEMPOS:**
- DESPLAZAMIENTO:**
- MOVILIDAD:**
- CUIDADO Y MOVIMIENTO CORPORAL:**
- RELACIONES SOCIALES:**
- ACTIVIDAD INTELECTUAL:**
- ACTIVIDAD EMOCIONAL:**
- COMUNICACIÓN:**