

CUESTIONARIO SOBRE CALIDAD DE VIDA. QUALEFFO-41

EUROPEAN FOUNDATION FOR OSTEOPOROSIS

Se incluye un cuestionario sobre calidad de vida en la osteoporosis, promovido por la *International Osteoporosis Foundation* (ver *Osteoporosis Int* 1999; 10: 150-160), que puede ser utilizado para objetivar las limitaciones funcionales que ocasiona esta enfermedad en nuestros pacientes así como los beneficios del tratamiento.

El Comité Editorial advierte que esta versión aún no está validada en España ni se ha realizado con enfermos españoles (ver *Rev Esp Enf Metab Oseas* 1999; 8: 135-140).

El Comité Editorial

DOLOR

Las cinco pruebas de esta sección se refieren a la situación del paciente en la última semana.

- 1) ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda en la última semana?
- Nunca
 1 día de la semana o menos
 2-3 días de la semana
 4-6 días de la semana
 Todos los días
- 2) Si ha sufrido dolor de espalda, ¿cuánto tiempo lo ha experimentado durante el día?
- Nunca
 1-2 horas
 3-5 horas
 6-10 horas
 Todo el día
- 3) ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en su peor momento?
- Sin dolor de espalda
 Leve
 Moderado
 Intenso
 Insoportable
- 4) ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en otros momentos?
- Sin dolor
 Leve
 Moderado
 Intenso
 Insoportable
- 5) ¿El dolor de espalda le ha impedido dormir en la última semana?
- Menos de una vez a la semana
 Una vez a la semana
 Dos veces por semana
 Noches alternas
 Todas las noches

ESTADO FÍSICO: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Las cuatro preguntas siguientes se refieren a la situación actual.

- 6) ¿Tiene dificultad para vestirse?
- Ninguna dificultad
 Alguna dificultad
 Dificultad moderada
 Puede necesitar algo de ayuda
 Imposible sin ayuda

- 7) ¿Tiene dificultad para bañarse o ducharse?
- Ninguna dificultad
 Alguna dificultad
 Dificultad moderada
 Puede necesitar algo de ayuda
 Imposible sin ayuda

- 8) ¿Tiene dificultad para ir o manejarse en el baño?
- Ninguna dificultad
 Alguna dificultad
 Dificultad moderada
 Puede necesitar algo de ayuda
 Imposible sin ayuda

- 9) ¿Cómo duerme?
- No tiene trastornos del sueño
 Se despierta en algunas ocasiones
 Se despierta con frecuencia
 En algunas ocasiones, permanece despierto durante varias horas
 En algunas ocasiones, pasa la noche en blanco

ESTADO FÍSICO: 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?
- Sin dificultad
 Con alguna dificultad
 Con dificultad moderada
 Con gran dificultad
 Imposible
- 11) ¿Puede preparar la comida?
- Sin dificultad
 Con alguna dificultad
 Con dificultad moderada
 Con gran dificultad
 Imposible

- 12) ¿Puede fregar los platos?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con dificultad moderada
 - Con gran dificultad
 - Imposible
- 13) ¿Puede hacer la compra diaria?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con dificultad moderada
 - Con gran dificultad
 - Imposible
- 14) ¿Puede levantar un objeto pesado de 10 kg (por ejemplo, una caja de 12 botellas de leche o un niño de un año) y llevarlo, al menos, 10 metros?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con dificultad moderada
 - Con gran dificultad
 - Imposible

ESTADO FÍSICO: MOVILIDAD

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

- 15) ¿Se puede levantar de una silla?
- Sin ninguna dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con dificultad moderada
 - Con gran dificultad
 - Sólo con ayuda
- 16) ¿Se puede agachar?
- Con facilidad
 - Con bastante facilidad
 - Con mediana facilidad
 - Muy poco
 - Imposible
- 17) ¿Se puede arrodillar?
- Con facilidad
 - Con bastante facilidad
 - Con mediana facilidad
 - Muy poco
 - Imposible
- 18) ¿Puede subir las escaleras de un piso?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Descansando, al menos, una vez
 - Sólo si le ayudan
 - Imposible
- 19) ¿Puede andar 100 metros?
- Rápidamente, sin pararse
 - Lentamente, sin pararse
 - Lentamente, parándose al menos una vez
 - Sólo si le ayudan
 - Imposible

- 20) ¿Cuántas veces ha salido a la calle en la última semana?
- Todos los días
 - 5-6 días a la semana
 - 3-4 días a la semana
 - 1-2 días a la semana
 - Menos de una vez a la semana
- 21) ¿Puede utilizar transporte público?
- Sin dificultad
 - Con alguna dificultad
 - Con dificultad moderada
 - Con gran dificultad
 - Sólo si le ayudan
- 22) ¿Ha experimentado cambios en su figura debido a la osteoporosis (por ejemplo, pérdida de altura, aumento de la cintura, deformidad de la espalda)?
- En absoluto
 - Algunos
 - Moderadamente
 - Bastantes
 - Muchos

OCIO, ACTIVIDADES SOCIALES

- 23) ¿Practica algún deporte?
- Sí
 - Sí, con limitaciones
 - En absoluto
- 24) ¿Puede realizar las tareas de jardinería?
- Sí
 - Sí, con limitaciones
 - En absoluto
 - No aplicable
- 25) ¿Puede realizar alguna labor manual (bricolaje, pintura, etc.)?
- Sí
 - Sí, con limitaciones
 - En absoluto
- 26) ¿Puede ir al cine, teatro?
- Sí
 - Sí, con limitaciones
 - En absoluto
 - 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?
- Una vez a la semana, o más
 - Una o dos veces al mes
 - Menos de una al mes
 - Nunca

28) ¿Con qué frecuencia ha participado en actividades sociales, (clubs, reuniones sociales, parroquiales, caritativas, etc.) en los últimos tres meses?

Una vez a la semana o más
 Una o dos veces al mes
 Menos de una vez al mes
 Nunca

29) ¿Supone el dolor de espalda o la incapacidad un impedimento para su vida íntima (incluida la actividad sexual)?

En absoluto
 Un poco
 Moderadamente
 No aplicable

PERCEPCIÓN DE LA SALUD GENERAL

30) ¿Cómo considera, en general, su salud para su edad?

Excelente
 Buena
 Satisfactoria
 Regular
 Mala

31) ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general, durante la última semana?

Excelente
 Buena
 Satisfactoria
 Regular
 Mala

32) ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general, en comparación con hace 10 años?

Mucho mejor ahora
 Un poco mejor ahora
 Sin cambios
 Un poco peor ahora
 Mucho peor ahora

ESTADO MENTAL

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

33) ¿Suele sentirse cansado?

Por la mañana
 Por la tarde
 Sólo por la noche
 Después de una actividad intensa
 Casi nunca

34) ¿Se siente desanimado?

Casi todos los días
 De tres a cinco días a la semana
 Uno o dos días a la semana
 De vez en cuando
 Casi nunca

35) ¿Se siente solo?

Casi todos los días
 De tres a cinco días a la semana
 Uno o dos días a la semana
 De vez en cuando
 Casi nunca

36) ¿Se siente lleno de energía?

Casi todos los días
 De tres a cinco días a la semana
 Uno o dos días a la semana
 De vez en cuando
 Casi nunca

37) ¿Tiene esperanzas en su futuro?

Nunca
 Raras veces
 En algunas ocasiones
 Con mucha frecuencia
 Siempre

38) ¿Se altera por pequeñas dificultades?

Nunca
 Raras veces
 En algunas ocasiones
 Con mucha frecuencia
 Siempre

39) ¿Le es fácil relacionarse con los demás?

Nunca
 Raras veces
 En algunas ocasiones
 Con mucha frecuencia
 Siempre

40) ¿Está de buen humor a lo largo del día?

Nunca
 Raras veces
 En algunas ocasiones
 Con mucha frecuencia
 Siempre

41) ¿Tiene miedo a quedarse dependiendo de otra persona?

Nunca
 Raras veces
 En algunas ocasiones
 Con mucha frecuencia
 Siempre