

ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA (UW-QOL-R4)

INSTRUCCIONES: ESTE CUESTIONARIO HA SIDO DISEÑADO PARA EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LESIONES DE CABEZA Y CUELLO. POR FAVOR RESPONDA A CADA PREGUNTA MARCANDO SU RESPUESTA CON UNA X SOBRE LA RAYA.

1) DOLOR (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ No tengo dolor.
- ☐ Hay un dolor leve que no requiere medicamentos/remedios.
- ☐ Tengo un dolor moderado, necesito tomar medicamentos/remedios regularmente.
- ☐ Tengo un dolor severo, sólo controlable con codeína/morfina.
- ☐ Tengo un dolor intenso, que no se controla con ningún medicamento.

2) APARIENCIA (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ No hay cambio en mi apariencia.
- ☐ El cambio en mi apariencia es mínimo.
- ☐ Mi apariencia me molesta, pero me mantengo activo.
- ☐ Me siento significativamente desfigurado(a) y limito mis actividades a causa de mi apariencia.
- ☐ No puedo estar con otras personas a causa de mi apariencia.

3) ACTIVIDAD (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Estoy tan activo como siempre.
- ☐ Ocasionalmente no puedo mantener mi antiguo ritmo/nivel de actividad.
- ☐ Frecuentemente me siento cansado y con mayor lentitud en mis actividades; pero todavía salgo de casa.
- ☐ No salgo de casa porque no tengo la fuerza necesaria.
- ☐ Habitualmente estoy en cama o sentado, y no salgo de casa.

4) RECREACIÓN (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ No hay limitaciones para la recreación dentro y fuera de casa.
- ☐ Hay unas pocas cosas que no puedo hacer, pero aun así salgo y disfruto la vida.
- ☐ Desearía salir más, pero no me siento capaz.
- ☐ Me siento muy limitado en lo que puedo hacer; generalmente me quedo en casa y veo televisión.
- ☐ No puedo hacer nada que me produzca placer/agrado.

5) DEGLUCIÓN (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Puedo tragar tan bien como antes.
- ☐ No puedo tragar algunas comidas sólidas.
- ☐ Sólo puedo tragar alimentos líquidos.
- ☐ No puedo tragar porque la comida «se va por el otro lado» y me atoro.

6) MASTICACIÓN (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Puedo masticar tan bien como antes.
- ☐ Puedo comer alimentos sólidos suaves, pero no puedo masticar algunas comidas.
- ☐ No puedo masticar ni siquiera sólidos suaves.

7) HABLA (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Puedo hablar tan bien como antes.
- ☐ Tengo dificultad en decir algunas palabras, pero me entienden al hablar por teléfono.
- ☐ Sólo mi familia y amigos me logran entender.
- ☐ Nadie entiende cuando intento hablar.

8) HOMBRO (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ No tengo problemas con mi hombro.
- ☐ Mi hombro está rígido, pero no ha afectado mi actividad o fuerza.
- ☐ He debido cambiar de trabajo a causa del dolor o debilidad de mi hombro.
- ☐ No puedo trabajar debido a los problemas con mi hombro.

9) GUSTO (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Puedo sentir el gusto de las comidas normalmente.
- ☐ Siento el gusto de la mayoría de las comidas.
- ☐ Siento el gusto de algunas comidas.
- ☐ No siento ningún gusto al comer.

10) SALIVA (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Mi saliva es de consistencia normal.
☐ Tengo menos saliva que lo normal, pero es suficiente.
☐ Tengo muy poca saliva.
☐ No tengo saliva.

11) ¿Qué temas han sido de gran importancia para Ud. durante los últimos 7 días? (Marque hasta 3 opciones con una X sobre la o las raya(s)).

- ☐ Dolor-Masticación.
☐ Apariencia-Habla.
☐ Actividad-Hombro.
☐ Recreación-Gusto.
☐ Deglución (tragar)-Saliva.

12) En comparación con el mes antes de desarrollar la lesión. ¿Cómo definiría Ud. su calidad de vida relacionada a la salud? (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Mucho mejor.
☐ Algo mejor.
☐ Casi igual.
☐ Algo peor.
☐ Mucho peor.

13) En general, Ud. diría que su calidad de vida relacionada a la salud en los últimos 7 días ha sido: (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Sobresaliente (excelente).
☐ Muy buena.
☐ Buena.
☐ Regular.
☐ Deficiente.
☐ Muy deficiente.

14) La calidad de vida global incluye no sólo la salud física y mental, sino también muchos otros factores, como familia, amistades, religión y actividades recreativas que son importantes para disfrutar la vida. Considerando todos los aspectos de su vida que contribuyen a su bienestar personal, defina su calidad de vida global durante los últimos 7 días. (Marque 1 opción con una X sobre la raya).

- ☐ Sobresaliente (excelente).
☐ Muy buena.
☐ Buena.
☐ Regular.
☐ Deficiente.

Por favor comente cualquier otro asunto médico o no médico que sea de importancia para su calidad de vida y que no haya sido adecuadamente referido en nuestras preguntas:
