

Osteoartritis de las extremidades inferiores y Calidad de Vida

OAKHQOL

Grupo de Calidad de Vida en Reumatología© 2002

Le agradeceremos lea atentamente las siguientes instrucciones :

Las siguientes frases se refieren a los cambios que produce su osteoartritis de rodilla y/o de la cadera en su calidad de vida. Esta información nos ayudará a entender mejor cómo se vive todos los días con la osteoartritis.

>Marque la casilla que mejor describe su situación, entre "No, en absoluto" y "Absolutamente", entre "Nada" y "Muchísimo", o entre "Nunca" y "Todo el tiempo", de acuerdo con las frases propuestas.

No hay una respuesta correcta o incorrecta.

Para cada frase, marque una (X)

Ejemplo:

Tengo problemas para subir escaler: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 ¹⁰

Este cuestionario consta de 5 páginas (incluyendo ésta)

21- Me siento molesto/a en mi vida familiar.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22- Me siento molesto/a en mi vida de pareja.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23- Estoy limitado/a en mis relaciones sexuales. Sin relaciones sexuales en el <input type="checkbox"/> curso de estas 4 últimas semanas.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24- Tengo dificultades al estar mucho tiempo en la misma posición (sentado/a, parado/a, inmóvil).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25- Tengo necesidad de un bastón (o de muletas) para caminar.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26- Tengo dolores (frecuencia).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27- Tengo dolores (intensidad).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28- Tengo necesidad de ayuda (limpieza, compras, etc.).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29- Tengo la sensación que estoy envejeciendo antes.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30- Soy capaz de hacer proyectos a largo plazo.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31- Salgo de mi casa tanto como lo deseo.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32- Permanezco en mi casa tanto como lo deseo.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Jamás

Todo el tiempo

Nunca

Insoportables

Nunca

Bastante

Nada

Bastante

	Jamás							Todo el tiempo			
33- Me cuesta dormirme o volver a dormirme a causa de mis dolores.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34- Me despierto a causa de mis dolores.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35- Me pregunto qué va a ser de mí.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36- Estoy irritable, agresivo/a.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37- Tengo la impresión que molesto a mis allegados.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38- Tengo miedo de los efectos secundarios de mi tratamiento.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39- Puedo hablar con los otros de mis dificultades ligadas a la artrosis tanto como lo deseo.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40- Pienso que los otros comprenden mis dificultades ligadas a la artrosis.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41- Me siento molesto/a de pedir ayuda si la necesito.	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42- Me siento contenido por mis allegados (pareja, familia).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43- Me siento contenido por mi entorno (amigos, vecinos, colegas).	<input type="checkbox"/>										
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

**Revise, por favor, que usted ha elegido una casilla y sólo una para cada una de las 43 preguntas.
Gracias por tomarse el tiempo para completar este cuestionario.**