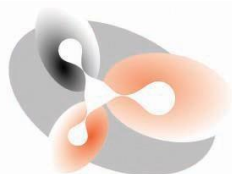




SALUD EMOCIONAL Y CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

SEEN



Sociedad Española de
Endocrinología y Nutrición



SALUD EMOCIONAL

El diagnóstico de osteoporosis y/o la presencia de fractura puede tener un efecto sobre la salud emocional.



Tal vez no pueda participar en actividades que antes realizaba con agrado, note pérdida de altura u otros cambios corporales, pérdida de independencia o discapacidad tras una fractura.



Procure una actitud positiva y proactiva en su cuidado. Apóyese en sus familiares y amigos, así como en las asociaciones de pacientes o en un profesional sanitario especializado si lo precisa.

RECUERDE QUE LA ACTIVIDAD FÍSICA TAMBIÉN TIENE EFECTO POSITIVO EN LA SALUD EMOCIONAL



CUESTIONARIOS DE CALIDAD DE VIDA

➤ **Cuestionario QUALEFFO-41 (Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis)**

- Desarrollado en 1992 por la European Foundation for Osteoporosis.
- El cuestionario original consta de 41 ítems en 5 dimensiones: dolor, función física, función social, percepción general de salud y función mental.
- Traducido y estudio de validación español.

➤ **Cuestionario Clínico ECOS-16 para la Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Osteoporosis**

- Más rápido y sencillo.
- 16 ítems; de éstos, 12 provienen del QUALEFFO y 4 del OQLQ.

➤ **Cuestionario sobre la calidad de vida de la osteoporosis (OQLQ)**

- Publicado en 1995 por Osteoporosis Quality Study Group.
- Autores: McClung MR; Amor B; Rosen CJ. Existe versión Mini-OQOL.
- Traducido y estudio de validación español.
- 30 ítems distribuidos en las siguientes 5 escalas: síntomas, función física, actividades diarias, función emocional y ocio.



QUALEFFO-41

| A Dolor | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Las cinco preguntas de esta sección se refieren a la situación del paciente en la última semana. | |
| ¿Con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda en la última semana? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1 día por semana o menos <input type="checkbox"/> 2-3 días por semana <input type="checkbox"/> 4-6 días por semana <input type="checkbox"/> todos los días |
| Si ha sufrido dolor de espalda, ¿cuánto tiempo lo ha experimentado durante el día? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> 1-2 horas <input type="checkbox"/> 3-5 horas <input type="checkbox"/> 6-10 horas <input type="checkbox"/> todo el día |
| ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en su peor momento? | <input type="checkbox"/> sin dolor de espalda <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insostenible |
| ¿Cómo calificaría el dolor de espalda en otros momentos? | <input type="checkbox"/> sin dolor <input type="checkbox"/> leve <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> intenso <input type="checkbox"/> insostenible |
| ¿El dolor de espalda le ha impedido dormir en la última semana? | <input type="checkbox"/> menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> una vez a la semana <input type="checkbox"/> dos veces por semana <input type="checkbox"/> noches alternas <input type="checkbox"/> todas las noches |



QUALEFFO-41

B Actividades de la vida diaria

Las cuatro preguntas siguientes se refieren a la situación actual.

| | |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Tiene dificultad para vestirse? | <input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> imposible sin ayuda |
| ¿Tiene dificultad para bañarse o ducharse? | <input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> imposible sin ayuda |
| ¿Tiene dificultad para ir o manejarse en el retrete? | <input type="checkbox"/> ninguna dificultad <input type="checkbox"/> un poco de dificultad <input type="checkbox"/> dificultad moderada <input type="checkbox"/> puedo necesitar algo de ayuda <input type="checkbox"/> imposible sin ayuda |
| ¿Cómo duerme? | <input type="checkbox"/> no tiene trastornos del sueño <input type="checkbox"/> se despierta en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> se despierta con frecuencia <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones, permanece despierto durante varias horas <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones, pasa la noche en blanco |



QUALEFFO-41

C 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.

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Puede hacer la limpieza? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Puede preparar la comida? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada |
| | <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Puede fregar los platos? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Puede hacer la compra diaria? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Puede levantar un objeto pesado de 10 Kg (ej. Una caja de 12 botellas de leche o un niño de un año) y llevarlo, al menos, 10 metros? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> imposible |



QUALEFFO-41

D Movilidad

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

| | |
|----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Se puede levantar de una silla? | <input type="checkbox"/> sin ninguna dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> sólo con ayuda |
| ¿Se puede agachar? | <input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con bastante facilidad <input type="checkbox"/> con mediana facilidad <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Se puede arrodillar? | <input type="checkbox"/> con facilidad <input type="checkbox"/> con bastante facilidad <input type="checkbox"/> con mediana facilidad <input type="checkbox"/> muy poco <input type="checkbox"/> imposible |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Puede subir las escaleras un piso? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> descansando, al menos, una vez <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Puede andar 100 metros? | <input type="checkbox"/> rápidamente, sin pararse <input type="checkbox"/> lentamente, sin pararse <input type="checkbox"/> lentamente, parándose, al menos una vez <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan <input type="checkbox"/> imposible |
| ¿Cuántas veces ha salido a la calle en la última semana? | <input type="checkbox"/> todos los días <input type="checkbox"/> 5-6 días a la semana <input type="checkbox"/> 3-4 días a la semana <input type="checkbox"/> 1-2 días a la semana <input type="checkbox"/> menos de una vez a la semana |
| ¿Puede utilizar el transporte público? | <input type="checkbox"/> sin dificultad <input type="checkbox"/> con alguna dificultad <input type="checkbox"/> con dificultad moderada <input type="checkbox"/> con gran dificultad <input type="checkbox"/> sólo si le ayudan |
| ¿Ha experimentado cambios en su figura debido a la osteoporosis (por ejemplo, pérdida de altura, aumento de la cintura, deformidad de la espalda)? | <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> algunos <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> bastantes <input type="checkbox"/> muchos |



QUALEFFO-41

| E Ocio, actividades sociales | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Practica algún deporte? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto |
| ¿Puede realizar las tareas de jardinería? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> no aplicable |
| ¿Puede realizar alguna labor manual | <input type="checkbox"/> sí |
| (bricolaje, pintura, etc.)? | <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto |
| ¿Puede ir al cine, teatro? | <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> sí, con limitaciones <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> no, a pesar de que están a una distancia razonable |
| ¿Con qué frecuencia ha ido a ver a sus amigos o familiares en los últimos tres meses? | <input type="checkbox"/> una vez a la semana, o más <input type="checkbox"/> una o dos veces al mes <input type="checkbox"/> menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> nunca |
| ¿Con qué frecuencia ha participado en actividades sociales (clubs, reuniones sociales, parroquiales, caritativas, etc.) en los últimos tres meses? | <input type="checkbox"/> una vez a la semana, o más <input type="checkbox"/> una o dos veces al mes <input type="checkbox"/> menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> nunca |
| ¿Supone el dolor de espalda o la incapacidad un impedimento para su vida íntima (incluida la actividad sexual)? | <input type="checkbox"/> en absoluto <input type="checkbox"/> un poco <input type="checkbox"/> moderadamente <input type="checkbox"/> no aplicable |



QUALEFFO-41

| F Percepción de la salud general | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Cómo considera, en general, su salud para su edad: | <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> satisfactoria <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala |
| ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general, durante la última semana? | <input type="checkbox"/> excelente <input type="checkbox"/> buena <input type="checkbox"/> satisfactoria <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> mala |
| ¿Cómo calificaría su calidad de vida, en general en comparación con hace 10 años? | <input type="checkbox"/> mucho mejor ahora <input type="checkbox"/> un poco mejor ahora <input type="checkbox"/> sin cambios <input type="checkbox"/> un poco peor ahora <input type="checkbox"/> mucho peor ahora |



QUALEFFO-41

| | |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Está de buen humor a lo largo del día? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raras veces <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> con mucha frecuencia <input type="checkbox"/> siempre |
| ¿Tiene miedo de quedarse dependiendo de otra persona? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raras veces <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> con mucha frecuencia <input type="checkbox"/> siempre |

G Estado mental

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

| | |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Suele sentirse cansado? | <input type="checkbox"/> por la mañana <input type="checkbox"/> por la tarde <input type="checkbox"/> sólo por la noche <input type="checkbox"/> después de una actividad intensa <input type="checkbox"/> casi nunca |
| ¿Se siente desanimado? | <input type="checkbox"/> casi todos los días <input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana <input type="checkbox"/> uno o dos días por semana <input type="checkbox"/> de vez en cuando <input type="checkbox"/> casi nunca |
| ¿Se siente solo? | <input type="checkbox"/> casi todos los días <input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana <input type="checkbox"/> uno o dos días por semana <input type="checkbox"/> de vez en cuando <input type="checkbox"/> casi nunca |
| ¿Se siente lleno de energía? | <input type="checkbox"/> casi todos los días <input type="checkbox"/> de tres a cinco días por semana <input type="checkbox"/> uno o dos días por semana <input type="checkbox"/> de vez en cuando <input type="checkbox"/> casi nunca |
| ¿Tiene esperanzas en su futuro? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raras veces <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> con mucha frecuencia <input type="checkbox"/> siempre |
| ¿Se altera por pequeñas dificultades? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raras veces <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> con mucha frecuencia <input type="checkbox"/> siempre |
| ¿Le es fácil relacionarse con los demás? | <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> raras veces <input type="checkbox"/> en algunas ocasiones <input type="checkbox"/> con mucha frecuencia <input type="checkbox"/> siempre |



Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

¿Con qué frecuencia ha tenido dolor de espalda?

- ☐ 1. No he tenido dolor de espalda
- ☐ 2. 1 día.
- ☐ 3. 2-3 días.
- ☐ 4. 4-6 días.
- ☐ 5. Cada día.

¿Cómo diría que ha sido el dolor de espalda?

- ☐ 1. No he tenido dolor de espalda
- ☐ 2. Leve.
- ☐ 3. Moderado.
- ☐ 4. Fuerte.
- ☐ 5. Insoportable.

¿Cuánto malestar o sufrimiento ha tenido a causa del dolor producido por estar de pie durante mucho rato?

- ☐ 1. Ningún malestar o sufrimiento.
- ☐ 2. Un poco de malestar o sufrimiento.
- ☐ 3. Moderado malestar o sufrimiento.
- ☐ 4. Mucho malestar o sufrimiento.
- ☐ 5. Muchísimo malestar o sufrimiento.

Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

¿Cuánta dificultad ha tenido para hacer las tareas domésticas de la casa? (Si usted no se ocupa de las tareas domésticas, responda como si las hiciera usted.)

- ☐ 1. Ninguna dificultad.
- ☐ 2. Un poco de dificultad.
- ☐ 3. Moderada dificultad.
- ☐ 4. Mucha dificultad.
- ☐ 5. No puedo hacer nada en absoluto.

¿Cuánta dificultad ha tenido para subir un piso por las escaleras?

- ☐ 1. Ninguna dificultad.
- ☐ 2. Un poco de dificultad.
- ☐ 3. Descansando al menos una vez.
- ☐ 4. Sólo subo con ayuda.
- ☐ 5. No puedo subir en absoluto.

¿Cuánta dificultad ha tenido para vestirse?

- ☐ 1. Ninguna dificultad.
- ☐ 2. Puedo vestirme solo/a con un poco de dificultad.
- ☐ 3. Puedo vestirme solo/a con moderada dificultad.
- ☐ 4. A veces necesito ayuda para vestirme.
- ☐ 5. No puedo vestirme sin ayuda.



ECOS-16

Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

¿Cuánto malestar o sufrimiento ha tenido a causa del dolor al inclinarse o doblarse?

- ☐ 1. Ningún malestar o sufrimiento.
- ☐ 2. Un poco de malestar o sufrimiento.
- ☐ 3. Moderado malestar o sufrimiento.
- ☐ 4. Mucho malestar o sufrimiento.
- ☐ 5. Muchísimo malestar o sufrimiento.

Durante los últimos 7 días, ¿ha dormido mal a causa del dolor de espalda?

- ☐ 1. Ninguna noche.
- ☐ 2. 1 noche.
- ☐ 3. 2 noches.
- ☐ 4. 3 o 4 noches.
- ☐ 5. Cada noche.

- ☐ 5. No puedo vestirme sin ayuda.

¿Cuánta dificultad ha tenido para inclinarse o doblarse?

- ☐ 1. Ninguna dificultad.
- ☐ 2. Un poco de dificultad.
- ☐ 3. Moderada dificultad.
- ☐ 4. Mucha dificultad.
- ☐ 5. No puedo hacerlo en absoluto.

Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

¿Hasta qué punto ha estado limitado/a para andar?

- ☐ 1. Nada limitado/a.
- ☐ 2. Un poco limitado/a.
- ☐ 3. Moderadamente limitado/a.
- ☐ 4. Muy limitado/a.
- ☐ 5. No puedo hacerlo en absoluto.



¿Cuánta dificultad ha tenido para visitar a familiares o amigos?

- ☐ 1. Ninguna dificultad.
- ☐ 2. Un poco de dificultad.
- ☐ 3. Moderada dificultad.
- ☐ 4. Mucha dificultad.
- ☐ 5. No puedo hacer nada en absoluto.

¿Se ha sentido desanimado/a?

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Raramente.
- ☐ 3. A veces.
- ☐ 4. A menudo.
- ☐ 5. Siempre.

¿Ha visto el futuro con esperanza?

- ☐ 1. Siempre.
- ☐ 2. A menudo.
- ☐ 3. A veces.
- ☐ 4. Raramente.
- ☐ 5. No.

Durante los últimos 7 días y a causa de sus problemas de espalda,

¿Se ha sentido frustrado/a?

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Raramente.
- ☐ 3. A veces.
- ☐ 4. A menudo.
- ☐ 5. Siempre.

¿Ha tenido miedo de caerse?

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Raramente.
- ☐ 3. A veces.
- ☐ 4. A menudo.
- ☐ 5. Siempre.

¿Ha tenido miedo de tener una fractura?

- ☐ 1. No.
- ☐ 2. Raramente.
- ☐ 3. A veces.
- ☐ 4. A menudo.
- ☐ 5. Siempre.