

Anexo 1
Cuestionario de Calidad de Vida específica AMICAL
Artrosis de Miembros Inferiores y Calidad de Vida

Artrosis de Miembros Inferiores y Calidad de Vida (AMICAL)

El uso de este Cuestionario requiere notificación previa a los autores de esta publicación: María Victoria Goycochea-Robles M.D., Gisela Espinosa-Cuervo M.D.

Le agradecemos que lea atentamente las siguientes instrucciones:

Las siguientes frases tratan sobre las modificaciones causadas por su artrosis de rodilla y/o de cadera en su calidad de vida. Esta información nos permitirá comprender mejor de qué manera usted **vive diariamente** con su artrosis.

☞ Marque la respuesta que mejor corresponde a su situación,

entre “en absoluto” y “por completo”,

entre “en absoluto” y “en exceso”,

entre “nunca” y “siempre”,...,

de acuerdo con las frases propuestas.

No hay respuestas correctas o incorrectas.

☞ Para cada frase marque sólo una respuesta (☒)

Ejemplo:

	“En absoluto”					“En exceso”				
Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/>									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Este cuestionario es de 4 páginas (incluyendo ésta)

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque (✓) la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

	En absoluto										En exceso									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Tengo dificultad para caminar	<input type="checkbox"/>																			
2. Tengo dificultad para agacharme o levantarme	<input type="checkbox"/>																			
3. Tengo dificultad para cargar cosas pesadas	<input type="checkbox"/>																			
4. Tengo dificultad para bajar escaleras	<input type="checkbox"/>																			
5. Tengo dificultad para subir escaleras	<input type="checkbox"/>																			
6. Tengo dificultad para bañarme	<input type="checkbox"/>																			
7. Tengo dificultad para vestirme (ponerme los calcetines, medias, zapatos,...)	<input type="checkbox"/>																			
8. Tengo dificultad para cortarme las uñas de los pies	<input type="checkbox"/>																			
9. Tengo dificultad para ponerme nuevamente en movimiento después de estar mucho tiempo en la misma posición	<input type="checkbox"/>																			
10. Tengo dificultad para entrar o salir de un auto	<input type="checkbox"/>																			
11. Tengo dificultad para abordar los transportes colectivos (autobús, pesero, tren, metro,...)	<input type="checkbox"/>																			
No uso transportes colectivos	<input type="checkbox"/>																			
12. Me veo limitado(a) en mi actividad laboral	<input type="checkbox"/>																			
No trabajo	<input type="checkbox"/>																			
13. Tengo la obligación de cuidarme	<input type="checkbox"/>																			
14. Me toma más tiempo hacer las cosas	<input type="checkbox"/>																			
15. Me siento moralmente decaído(a) a causa del dolor	<input type="checkbox"/>																			
16. Tengo miedo de depender de los otros	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque (✓) la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

	En absoluto										En exceso									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Tengo miedo de ser un(a) inválido(a)	<input type="checkbox"/>																			
18. Me siento incómodo(a) por la mirada de los demás	<input type="checkbox"/>																			
19. Estoy ansioso(a)	<input type="checkbox"/>																			
20. Estoy deprimido(a)	<input type="checkbox"/>																			
21. Estoy incómodo(a) en mi vida familiar	<input type="checkbox"/>																			
22. Estoy incómodo(a) en mi vida de pareja	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No vivo en pareja	<input type="checkbox"/>																			
23. Estoy limitado(a) en mis relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
No he tenido relaciones sexuales en las últimas 4 semanas	<input type="checkbox"/>																			
	Nunca										Siempre									
24. Tengo dificultad de quedarme en la misma posición mucho tiempo (sentado(a), de pie, inmóvil)	<input type="checkbox"/>																			
25. Necesito un bastón (o muletas) para caminar	<input type="checkbox"/>																			
26. Sufro de dolores (frecuencia)	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	En absoluto										Insoportables									
27. Sufro de dolores (intensidad)	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10										
	En absoluto										Por completo									
28. Necesito ayuda (quehacer doméstico, hacer compras)	<input type="checkbox"/>																			
29. Tengo la impresión de envejecer antes de lo debido	<input type="checkbox"/>																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Lea las siguientes frases, una por una, con atención pensando en su calidad de vida DURANTE LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS.

Marque (✓) la respuesta que mejor corresponde a la situación que vive por su artrosis:

	En absoluto	Por completo
30. Soy capaz de hacer planes a largo plazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Salgo de mi domicilio tan seguido como lo deseo	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
32. Recibo visitas tan seguido como lo deseo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Me cuesta trabajo dormir o volver a dormir a causa de los dolores	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
34. Me despierto a causa de los dolores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Me pregunto qué va a ser de mí	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
36. Estoy irritable, agresivo(a)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Tengo la impresión de mortificar a los que me rodean	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
38. Tengo temor de los efectos secundarios de mi tratamiento	Nunca	Todo el tiempo
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Puedo hablar con los demás sobre los problemas que causa mi artrosis tan seguido como lo deseo	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
40. Pienso que los demás comprenden los problemas que causa mi artrosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Me siento apenado(a) al pedir ayuda si la necesito	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10
42. Me siento apoyado(a) por las personas más cercanas (pareja, familia,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Me siento apoyado(a) por las personas de mi entorno (amigos, vecinos, colegas,...)	1	2
	3	4
	5	6
	7	8
	9	10

Verifique por favor que sólo haya marcado una y sólo 1 opción en cada una de las 43 frases.

Gracias por haber accedido a responder este cuestionario.