

CALIDAD DE VIDA EN EPILEPSIA QOLIE-31

Cuestionario para el paciente

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente

Diagnóstico/ años de evolución

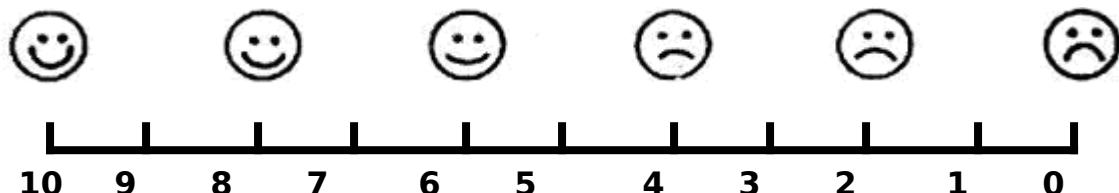
Sexo H M Fecha de nacimiento

Las siguientes preguntas se refieren a lo que usted piensa acerca de su salud y actividades de la vida diaria. Encierre el número más apropiado (1,2,3 ...). si no está seguro de qué contestar, por favor, elija la respuesta más apropiada y escriba un comentario o explicación abajo.

Por favor, pida ayuda si lo necesita para leer o marcar sus respuestas.

1. En general, usted diría que su calidad de vida es:

(encierre un número en la escala de abajo)



La mejor calidad de vida posible

La peor calidad de vida posible

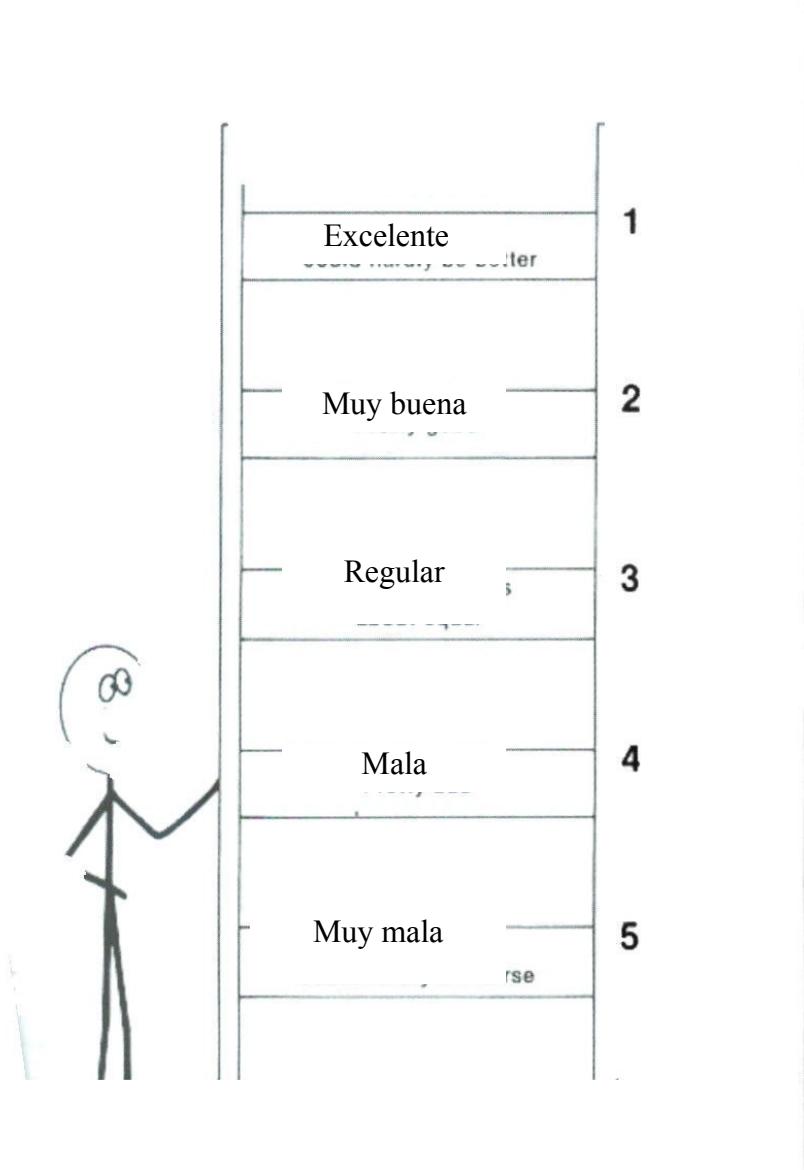
**(tan mala o peor
que estar muerto)**

Estas preguntas se refieren a como se ha sentido y cómo han sido para usted las últimas 4 semanas. Para cada pregunta, por favor, encierre la respuesta que crea más apropiada.

Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo ...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
2. Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
3. Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
4. Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1	2	3	4	5	6
5. Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
6. Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
7. Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
8. Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
9. Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
10. Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6
11. Se sintió preocupado por tener otra crisis epilépticas?	1	2	3	4	5	6
12. Ha tenido dificultad para razonar y resolver problemas (tales como, hacer planes, tomar decisiones, aprender nuevas cosas?)	1	2	3	4	5	6
13. Cuánto su salud le ha dificultado sus actividades sociales (tales como, visitar a los amigos o familiares)?	1	2	3	4	5	6

14. Cómo ha sido su calidad de vida desde las últimas 4 semanas (es decir, que tan buena ha sido de acuerdo a lo que a usted le parece)



Las siguientes preguntas están relacionadas con la **MEMORIA**

	Mucho	Sí, moderadame nte	Sólo un poco	Nunca
15. En las últimas 4 semanas ha tenido alguna dificultad con la memoria	1	2	3	4

Encierre un número, para indicar que tan frecuentemente en las últimas 4 semanas ha tenido algún problema para recordar o que tan frecuentemente este problema de memoria ha interferido con su vida cotidiana o trabajo.

	Siempr e	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
16. Dificultades para recordar lo que le dice la gente	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas son para saber si tiene problemas en la **CONCENTRACION**.

Qué tan frecuente en las últimas 4 semanas ha tenido problemas en la concentración o que tan frecuentemente estos problemas han interferido con su vida cotidiana o trabajo

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo una vez	Nunca
17. Problemas de concentración al leer	1	2	3	4	5	6
18. Problemas de concentración para hacer sólo una cosa al mismo tiempo	1	2	3	4	5	6

Las siguientes preguntas se refieren a problemas que usted puede tener en ciertas **ACTIVIDADES**.

Durante las últimas 4 semanas la epilepsia o los medicamentos antiepilepticos le han causado problemas con:

	Bastante	Mucho	Sí, moderadame nte	Un poco	Nada
19. Su tiempo libre (tales como hobbies, esparcimiento)	1	2	3	4	5
20. Manejar	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas están relacionadas acerca de cómo se **SIENTE** con las crisis epilépticas.

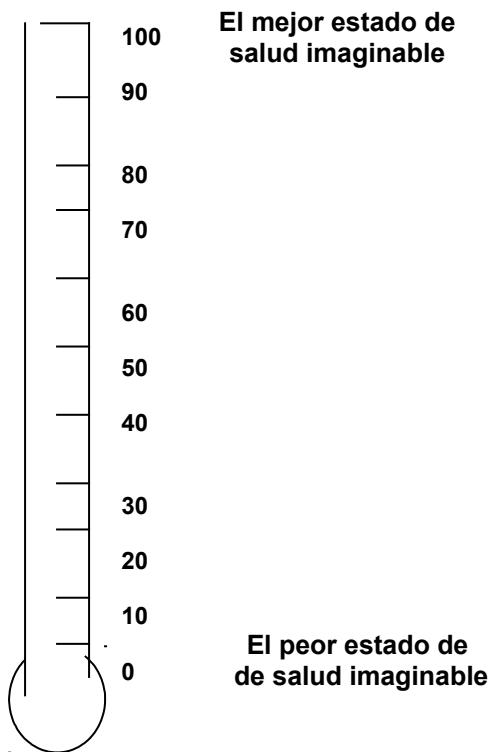
	Siempre tengo mucho miedo	Siempre tengo poco miedo	No, sólo algunas veces tengo miedo	Nunca tengo miedo
21.Tiene miedo de tener crisis durante el siguiente mes	1	2	3	4
	Siempre estoy preocupado/a	Ocasionalmente estoy preocupado/a	No, nunca estoy preocupado/o	
22.Le preocupa lastimarse usted mismo durante una crisis	1	2	3	
	Siempre estoy muy preocupado	Siempre estoy un poco preocupado	No, sólo algunas veces estoy preocupado	No, nunca estoy preocupado
23.Qué tan preocupado está por causar algún problema después de tener una crisis durante el siguiente mes	1	2	3	4
24.Qué tanto le preocupa que los medicamentos que toma sean malos sí se los toma durante mucho tiempo	1	2	3	4

Encierre el número que mejor indique cuánto le molesta a usted cada uno de los siguientes problemas, en una escala de 1 a 5, donde 1 = No, no es molesto y 5 = Extremadamente molesto.

25.Crisis	1	2	3	4	5
26.Dificultades de memoria	1	2	3	4	5
27.Limitaciones laborales	1	2	3	4	5
28.Limitaciones sociales	1	2	3	4	5
29.Efectos físicos de los medicamentos antiepilépticos	1	2	3	4	5
30.Efectos mentales de los medicamentos antiepilépticos	1	2	3	4	5

31. ¿Qué tan buena o mala piensa que es su salud?. En la siguiente escala que indica el termómetro, el mejor estado de salud imaginable es de 100 y el peor o muy mal estado de salud es de 0.

Indique como se siente de salud encerrando un número en la escala. Por favor, considere la epilepsia como parte de su salud cuando responda esta pregunta.



Comentarios
