

Material suplementario: Encuesta Final

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que otras personas con su misma enfermedad consideran importantes. Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ESTADO FÍSICO GENERAL DE SALUD		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
A1	Me falta energía	0	1	2	3	4
A2	Tengo nauseas	0	1	2	3	4
A3	Debido a mi estado físico, tengo dificultad para atender a las necesidades de mi familia	0	1	2	3	4
A4	Tengo dolor abdominal	0	1	2	3	4
A5	Me molestan los efectos secundarios del tratamiento	0	1	2	3	4
A6	Me siento enfermo(a)	0	1	2	3	4
A7	Tengo que pasar parte del día acostado(a) dada mi enfermedad	0	1	2	3	4
AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
B1	Me siento cercano(a) a mis amistades	0	1	2	3	4
B2	Recibo apoyo emocional por parte de mi familia	0	1	2	3	4
B3	Recibo apoyo por parte de mis amistades	0	1	2	3	4
B4	Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
B5	Me siento cercano(a) a mi pareja (o la persona que es mi principal fuente de apoyo)	0	1	2	3	4
B6	Sin importar su nivel actual de actividad sexual, conteste la siguiente pregunta. Si prefiere no contestarla, marque esta casilla Y continúe con la siguiente sección.					
B7	Estoy satisfecho(a) con mi vida sexual	0	1	2	3	4
ESTADO EMOCIONAL		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
C1	Me siento triste	0	1	2	3	4
C2	Estoy satisfecho(a) de como me estoy enfrentando a mi enfermedad	0	1	2	3	4
C3	Estoy perdiendo las esperanzas en el tratamiento contra mi enfermedad	0	1	2	3	4
C4	Me siento nervioso(a)	0	1	2	3	4
C5	Me preocupa morir	0	1	2	3	4
C6	Me preocupa que mi enfermedad empeore	0	1	2	3	4

Marque un solo número por línea para indicar la respuesta que corresponde a los últimos 7 días.

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN / RESEARCH ARTICLE

Validación por expertos de encuesta fact-c para medición de calidad de vida en pacientes con ... - D. Moreno, et al.

...continuación material suplementario.

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
D1	Puedo trabajar (incluya labores domésticas)	0	1	2	3	4
D2	Mi trabajo me agrada (incluya labores domésticas)	0	1	2	3	4
D3	Puedo disfrutar de la vida	0	1	2	3	4
D4	He aceptado mi enfermedad	0	1	2	3	4
D5	Duermo bien	0	1	2	3	4
D6	Disfruto con mis pasatiempos de siempre	0	1	2	3	4
D7	Estoy satisfecho(a) con mi calidad de vida actual	0	1	2	3	4
OTRAS PREOCUPACIONES		NADA	UN POCO	ALGO	MUCHO	MUCHISIMO
E1	Tengo hinchazón o calambres en el área del estomago	0	1	2	3	4
E2	Estoy bajando de peso	0	1	2	3	4
E3	Logro contener mis deposiciones	0	1	2	3	4
E4	Mi digestión es adecuada en relación con mi dieta.	0	1	2	3	4
E5	Tengo diarrea	0	1	2	3	4
E6	Tengo buen apetito	0	1	2	3	4
E7	Me gusta la apariencia de mi cuerpo	0	1	2	3	4
E8	¿Lleva usted una bolsa de ostomía? En caso afirmativo conteste a los siguientes puntos: En caso afirmativo conteste a los siguientes puntos:		SI		NO	
E9	Me da vergüenza tener que llevar una bolsa de ostomía	0	1	2	3	4
E10	Me resulta difícil el cuidado de la bolsa de ostomía	0	1	2	3	4