

SF-36 - Cuestionario de Calidad de Vida y Salud

Marque una sola respuesta

		a) Excelente	b) Muy buena	c) Buena	d) Regular	e) Mala
1)	En general, usted diría que su salud es	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a) Mucho mejor ahora que hace un año	b) Algo mejor ahora que hace un año	c) Más o menos igual que hace un año	d) Algo peor ahora que hace un año	e) Mucho peor ahora que hace un año
2)	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal		a) Sí, me limita mucho	b) Sí, me limita un poco	c) No, no me limita nada
3)	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5)	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias		a) Sí	b) No
13)	Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14)	Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)	Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)	Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18)	Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19)	Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a) Nada	b) Un poco	c) Regular	d) Bastante	e) Mucho
20)	Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a) No, ninguno	b) Sí, muy poco	c) Sí, un poco	d) Sí, moderado	e) Sí, mucho	f) Sí, muchísimo
21)	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		a) Nada	b) Un poco	c) Regular	d) Bastante	e) Mucho
22)	¿Hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual durante las 4 últimas semanas? (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.		a) Siempre	b) Casi siempre	c) Muchas veces	d) Algunas veces	e) Solo alguna vez	f) Nunca
23)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31)	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32)	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases		a) Totalmente cierta	b) Bastante cierta	c) No lo sé	d) Bastante falsa	e) Totalmente falsa
33)	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34)	Estoy tan sano como cualquiera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35)	Creo que mi salud va a empeorar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36)	Mi salud es excelente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adaptada de: Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992;30(6):473-483.

El Short Form SF-36 - Cuestionario de Calidad de Vida y Salud

- Es un cuestionario de salud que evalúa la calidad de vida percibida mediante 36 preguntas sobre el estado físico, emocional y social del paciente. Incluye ítems sobre salud general, limitaciones para actividades físicas, dolor, desempeño laboral, estado emocional, vitalidad y relaciones sociales.
- Las preguntas utilizan distintos formatos de respuesta (opciones tipo "sí/no", escalas de frecuencia o intensidad, valoraciones de "excelente" a "mala", etc.), lo que permite obtener una visión global del estado de salud.