

Apéndice D

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA ESPECÍFICO PARA LA DIABETES MELLITUS DQOL  
 VERSIÓN ORIGINAL

Por favor lea con cuidado cada pregunta e indique qué tan satisfecho o insatisfecho está con el aspecto de su vida descrito en cada pregunta y enciérrelo en un círculo. NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS, LO QUE NOS INTERESA ES CONOCER SU OPINIÓN.

A	¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON...	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
1	El tiempo que emplea para el cuidado de su diabetes.	1	2	3	4	5
2	El tiempo que emplea para hacerse sus revisiones médicas.	1	2	3	4	5
3	Su tratamiento actual.	1	2	3	4	5
4	El tiempo que tarda en medir sus niveles de azúcar. (análisis o aparato).	1	2	3	4	5
5	La flexibilidad de su dieta.	1	2	3	4	5
6	La carga que la enfermedad representa para su familia.	1	2	3	4	5

A	¿QUÉ TAN SATISFECHO ESTÁ CON...	Muy satisfecho	Más o menos satisfecho	Ninguno	Más o menos insatisfecho	Muy insatisfecho
7	Su conocimiento sobre su diabetes.	1	2	3	4	5
8	Sus horarios de sueño.	1	2	3	4	5
9	Su vida social y amistades.	1	2	3	4	5
10	Su vida sexual.	1	2	3	4	5
11	Sus actividades caseras o recreativas.	1	2	3	4	5
12	La apariencia de su cuerpo.	1	2	3	4	5
13	El tiempo que pasa haciendo ejercicio.	1	2	3	4	5
14	Su tiempo libre.	1	2	3	4	5
15	Su vida en general.	1	2	3	4	5

Ahora, indique qué tan frecuente le suceden los siguientes eventos.

B	¿CON QUE FRECUENCIA...	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo
1	Siente dolor asociado con el tratamiento de su diabetes.	1	2	3	4	5
2	Se siente apenado de tener que lidiar con su diabetes en público.	1	2	3	4	5
3	Tiene baja el azúcar en la sangre.	1	2	3	4	5
4	Se siente físicamente enfermo.	1	2	3	4	5
5	Su diabetes interfiere con su vida familiar.	1	2	3	4	5
6	Duerme mal por las noches.	1	2	3	4	5
7	Su diabetes limita su vida social y sus amistades.	1	2	3	4	5
8	Se siente bien con usted mismo.	1	2	3	4	5
9	Se siente restringido por su dieta.	1	2	3	4	5
10	Interfiere su diabetes en su vida sexual.	1	2	3	4	5
11	Su diabetes no le permite manejar o usar una computadora.	1	2	3	4	5

B	¿CON QUE FRECUENCIA...	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	Todo el tiempo.
12	Interfiere su diabetes con el tiempo o el tipo de ejercicio que realiza.	1	2	3	4	5
13	No haces sus actividades caseras por la diabetes.	1	2	3	4	5
14	Explica que significa tener diabetes.	1	2	3	4	5
15	La diabetes interrumpe sus actividades en el tiempo libre.	1	2	3	4	5
16	Le habla a los demás sobre su diabetes.	1	2	3	4	5
17	Lo molestan porque tiene diabetes.	1	2	3	4	5
18	Va al baño más que los demás.	1	2	3	4	5
19	Como algo que no debe en vez de decirle a la persona que se lo invita que tiene diabetes	1	2	3	4	5
20	Le oculta a los demás que está teniendo una reacción por la insulina	1	2	3	4	5

Finalmente, por favor, indique con qué frecuencia le ocurren los siguientes eventos. Encierre el número que mejor describa sus sentimientos. Si le pregunta no aplica para usted, haga un círculo en NO APLICA.

C	¿CON QUE FRECUENCIA SE PREOCUPA SOBRE	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	NO APLICA
1	Si se va a casar	1	2	3	4	0
2	Si tendrá hijos.	1	2	3	4	0
3	Si conseguirá un trabajo que quiere.	1	2	3	4	0
4	Si le negarán un seguro.	1	2	3	4	0
5	Si podrá acabar su escuela.	1	2	3	4	0
6	Si le faltará a su trabajo.	1	2	3	4	0
7	Si podrá hacer un viaje.	1	2	3	4	0
D	¿CON QUE FRECUENCIA SE PREOCUPA SOBRE	Nunca	Muy poco	Algunas veces	Con frecuencia	NO APLICA
1	Si se desmayará.	1	2	3	4	0
2	Si su cuerpo se ve diferente por la diabetes.	1	2	3	4	0
3	Tener complicaciones por su diabetes.	1	2	3	4	0
4	Si alguien no saldría con usted a causa de su diabetes.	1	2	3	4	0

E	Comparándose con otras personas de su edad usted diría que, su salud es:	Excelente 1	Buena 2	Regular 3	Pobre 4	Muy pobre 5
---	--	----------------	------------	--------------	------------	----------------

Le pedimos de la manera más atenta verifique que haya respondido todas las preguntas.  
GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.